

Psykogeriatriksen hoidon piirissä olevien  
ikääntyneiden avuntarpeen arviointi  
ASTA-arviointimenetelmällä

Iida Lehtonen

Opinnäytetyö

11/2015

Toimintaterapia

Sosiaali- ja terveysala



Tekijä(t) Iida Lehtonen	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä 20.11.2015
	Sivumäärä 44	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi <b>Psykogeriatrisen hoidon piirissä olevien ikääntyneiden avuntarpeen arviointi ASTA-arviointimenetelmällä</b>		
Tutkinto-ohjelma Toimintaterapian koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Tiina Lautamo		
Toimeksiantaja(t) Satakunnan sairaanhoitopiiri		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tässä tapaustutkimuksessa arvioidaan ja vertaillaan Harjavallan sairaalan psykogeriatrian osastolla ja vanhuspsykiatrian poliklinikalla haastatellen ja havainnoiden suoritettuja ASTA-arviointeja sekä arviointien tuottaman tiedon laatua. Opinnäytetyössä selvitettiin millaista tietoa ASTA- arviointi antaa avuntarpeesta kotiutusprosessiin liittyen moniammatillisen-työryhmän päätöksenteon tueksi sekä tuottaako havainnoiden ja haastatellen tehdyt arvioinnit erilaista tietoa.</p> <p>Työn aineisto kerättiin suorittamalla ASTA-arvioinnit haastatellen potilaita sekä havainnoimalla heitä ja haastattelemalla heidän omaisiaan/arjessa mukana olleita henkilöitä. Arvioitavia oli yhteensä kuusi kappaletta, joista kaksi oli psykogeriatrisen osaston potilaita ja loput neljä olivat vanhuspsykiatrian poliklinikan potilaita.</p> <p>Arviointien tuloksia tulkittaessa kävi ilmi, että potilaat arvioivat joillakin osa-alueilla oman avuntarpeensa vähäisemmäksi haastatellen suoritettujen ASTA-arviointien perusteella kuin havainnoiden sekä omaisia/potilaan arjessa mukana olevia henkilöjä haastattelemalla tehtyjen arvioiden perusteella.</p> <p>Havainnoiden ja potilaan omaisia/arjessa mukana olevia henkilöjä haastatellen suoritettujen ASTA-arviointien avulla saatiin tuotettua tietoa arvioitavien avuntarpeen laadusta ja sen taustalla olevista syistä, avuntarpeen painottumisesta sekä arvioitavien kotiympäristön vaikutuksista toiminnoista suoriutumiseen.</p>		
<p>Avainsanat (<a href="#">asiasanat</a>)</p> <p>psykogeriatrinen, avuntarve, arviointi, haastattelu, havainnointi</p>		
Muut tiedot		

Author(s) Lehtonen, Iida	Type of publication Bachelor's thesis	Date 20.11.2015
	Number of pages 44	Language of publication: Finnish
		Permission for web publication: x
Title of publication <b>The evaluation of the assistance needs of elderly in psycho-geriatric care by using the ASTA-assessment method</b>		
Degree programme Occupational Therapy		
Supervisor(s) Lautamo, Tiina		
Assigned by Satakunnan sairaanhoitopiiri		
<p>Description</p> <p>The thesis was a case study that evaluated and compared the ASTA assessments conducted in the Psychogeriatric Ward of the Harjavalta Hospital as well as in its outpatient clinic of geriatric psychiatry. The assessments were made by using interviews and observation. The thesis also evaluated the quality of the information that the ASTA assessments provided about the patients' need of assistance so as to support the multi-professional care team in the planning of the discharge process. Finally, one focus of attention was whether assessments conducted by using observation and interviews gave different kind of information.</p> <p>The data was collected by using ASTA-evaluations in which the patients were interviewed and observed as well as by interviewing their spouses/persons involved in their everyday life. A total of six patients were evaluated, and two of them came from the Psychogeriatric Ward and the rest were patients of the outpatient clinic of geriatric psychiatry.</p> <p>The interpretation of the results of the evaluations revealed that in the ASTA-assessments based on the interviews, the patients rated their needs of assistance in some areas to be smaller than in those based on the observations and the interviews of the spouses/persons involved in their everyday life. The latter ASTA-assessments gave information about the quality of the patients' needs of assistance and the reasons behind them as well as about the emphases in the assistance needs. Finally, the assessment also gave information about the impact of the home environment on coping with the daily activities.</p>		
Keywords ( <a href="#">subjects</a> ) psycho-geriatric, need for assistance, evaluation, observing, interviewing		
Miscellaneous		

# Sisältö

<b>1</b>	<b>Johdanto .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Toimintakyky.....</b>	<b>3</b>
2.1	Toimintakyvyn arviointi .....	3
2.2	ICF- Luokitus toimintakyvyn ja avuntarpeen arvioinnin viitekehyksenä .....	5
2.3	Toimintakyvyn ja -rajoitteiden kuvaaminen ICF- luokituksen avulla.....	6
<b>3</b>	<b>Ikääntyminen ja psykogeriatria.....</b>	<b>6</b>
3.1	Ikääntymisen määritelmä .....	7
3.2	Psykogeriatria.....	9
<b>4</b>	<b>Geriatrinen arviointi ja kuntoutus .....</b>	<b>10</b>
<b>5</b>	<b>Hyvän arviointimenetelmän kriteerit .....</b>	<b>13</b>
5.1	Arvioinnin tuottaman tiedon luonteen arvioiminen .....	13
5.2	Arvioinnin tiedonkeruutapa.....	14
5.3	Arviointimenetelmän psykometriset ominaisuudet.....	15
5.4	Arviointimenetelmän kliininen käytettävyys .....	16
<b>6</b>	<b>ASTA-arviointimenetelmä .....</b>	<b>17</b>
6.1	ASTAn käytettävyys.....	17
6.2	ASTAn käytännön toteutus .....	18
6.3	ASTAn tuottamana tiedon luonne .....	20
6.4	ASTA- arvioinnin tiedonkeruutapa.....	21
6.5	ASTAn psykometriset ominaisuudet.....	21
6.6	ASTAn kliininen käytettävyys .....	22
<b>7</b>	<b>Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet .....</b>	<b>23</b>
<b>8</b>	<b>Tutkimuksen toteutus.....</b>	<b>23</b>
8.1	Tutkimusote .....	24
8.2	Käytännön toteutus .....	24
8.3	Tutkittavien kuvaus.....	26
8.4	Aineiston kuvaus .....	26
8.5	Aineiston analyysi .....	27
<b>9</b>	<b>Tulokset .....</b>	<b>30</b>
<b>10</b>	<b>Johtopäätökset.....</b>	<b>35</b>

<b>11</b>	<b>Yhteenveto ja pohdinta .....</b>	<b>36</b>
11.1	Eettisyys ja luotettavuus .....	39
11.2	Jatkokehitys.....	39
	<b>Lähteet .....</b>	<b>40</b>

## **Liitteet**

Liite 1 ASTA-arviointimenetelmän osa-alueiden linkitys ICF-luokituksen koodeihin

Liite 2 Tutkimussuotumuslomake

## **Taulukot**

Taulukko 1	ASTAn osa-alueet.....	21
Taulukko 2	Arviointiasteikot .....	27
Taulukko 3	Avuntarpeen jakautumisen vertailu .....	34

## **Kuviot**

Kuvio 1	Aineiston analyysiprosessin kuvaus .....	28
Kuvio 2	Analyysirunko .....	29
Kuvio 3	Profiilitaulukko .....	30
Kuvio 4	Osa-alueen arvioitavat toiminnot .....	31
Kuvio 5	Arvioitavien avuntarpeen jakautuminen asiakasta haastattelemalla tehdyn ASTA-arviointimenetelmän osa-alueittain.....	32
Kuvio 6	Arvioitavien avuntarpeen jakautuminen havainnoinnin ja omaishaastatteluiden avulla tehdyn ASTA-arviointimenetelmän osa-alueittain .....	32

## 1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on osaltaan tuottaa tietoa ASTA-arviointimenetelmän käytettävyyteen liittyvistä tekijöistä. Työn tavoitteena on kuvata kuuden asiakastapauksen kautta avuntarpeen arvioinnin eroja haastatellen ja havainnoiden kerätyn tiedon välillä. Aineisto on kerätty Harjavallan sairaalan psykogeriatrian osastolla ja vanhuspsykiatrian poliklinikalla suoritettujen ASTA-arviointien pohjalta. Työssä on pyritty vastaamaan kahteen tutkimuskysymykseen. Ensimmäinen kysymys on: Millaista tietoa ASTA-arviointi antaa avuntarpeesta kotiutusprosessiin liittyen moniammatillisentyöryhmän päätöksenteon tueksi. Toinen kysymys on: Tuotako havainnoiden ja haastatellen tehdyt arvioinnit erilaista tietoa.

Opinnäytetyön lähtökohtana toimii ajatus siitä, että psykogeriatrisen hoidon tavoitteellisena päämääränä on saumaton, asiakaslähtöinen kuntoutusketju sairaalasta kotiin. (Kaste-hanke, 2008.) Tähän tavoitteeseen haluttiin opinnäytetyöllä vaikuttaa selvittämällä, miten käytetty ASTA-arviointimenetelmä soveltuu psykogeriatrisen potilaan avuntarpeen arviointiin.

Suomi ikääntyy nopeaa vauhtia. Tällä hetkellä joka kuudes suomalainen on yli 65-vuotias ja 20 vuoden kuluttua yli 65-vuotiaita on joka neljäs. (Viljanen, 2010.) Väestön vanhetessa myös mielenterveyden häiriöistä kärsivien vanhusten määrä tulee kasvamaan, vaikkei psykiatristen häiriöiden esiintyvyys ole vanhuksilla suurempi kuin muissa väestöryhmissä. Esimerkiksi vaikea masennus esiintyy psykoottisena useammin vanhuksilla kuin nuoremmilla ja vie vanhuksen toimintakykyä nopeasti alaspäin. Psykoottisuuden lisäksi myös itsemurhat ovat vanhusten masennuksessa hyvin yleisiä. (Leinonen & Alanen, 2011.) Masennuksen lisäksi kasvussa on myös kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien ikääntyneiden lukumäärä, joka tulee kaksinkertaistumaan seuraavan 20 vuoden aikana. (Schouws, Comijs, Stek, Dekker, Ooster-vink, Naarding, Velde & Beekman, 2009, 508–515.) Nykyinen palvelu- ja hoitojärjestelmämme ei ole varautunut eikä sitä ole suunniteltu vanhusväestön osuuden kasvun aiheuttamaan palveluiden tarpeen muutokseen. (Leinonen ym. 2011; Sosiaali- ja terveysministeriö, 2014.)

Tästä syystä kotona asumisen tukeminen on tällä hetkellä keskeistä ja ajankohtaista. Kotona asumisen mahdollistamisessa korostuu toimintaterapeutin keskeinen rooli asiakkaan toimintamahdollisuuksien arvioinnissa ja asiakkaan henkilökohtaisen suunnitelman sekä tavoitteen luomisessa yhdessä asiakkaan kanssa. Arviointi painottuu etenkin asiakkaan päivittäisiin toimintoihin. Arviointia tehtäessä korostuvat hyvät sekä tilanteeseen sopivat arviointimenetelmät. Toimintaterapeutti voi käyttää arvioinnissa erilaisia keinoja kuten itsearviointia, mittaamista, havainnointia tai haastattelua. (Einset & Krook, 2014.)

Arviointimenetelmällä voidaan saada tietoa erilaisista näkökulmista, esim. toimintaterapeutin keräämää, asiakkaan lähipiirin antamaa tai asiakkaan itsearviointin kautta saatua tietoa. Arviointimenetelmän käyttöympäristöllä on myös iso merkitys arvioinnin tuottaman tiedon kannalta. (Piikki, 2010.) Arvioinnin tuottaman tiedon pohjalta asiakkaalle luodaan yksilölliset tavoitteet. Usein tavoitteet liittyvät päivittäisiin toimintoihin, sosiaalisiin aktiviteetteihin, itsestä huolehtimiseen ja itsetunnon lisäämiseen. (Mt.)

Opinnäytetyön tutkimuskohteeksi valikoitui ASTA-arviointimenetelmä ja sen tuottaman tiedon arviointi sekä vertailu. ASTA valikoitui kohteeksi, koska se voidaan toteuttaa käyttäen haastattelua sekä havainnointia, joka mahdollistaa eri tapojen tuottamien tietojen vertailun. Lisäksi ASTAn käyttöönotto on maksutonta ja helppoa eikä vaadi erillistä koulutusta, joka mahdollistaa myös opiskelijalle kyseisen arvioinnin käytön. ASTAn laaja käytettävyys eri asiakasryhmien keskuudessa vaikutti myös menetelmän valintaan.

Opinnäytetyössä toteutettiin kuusi kappaletta ASTA-arviointeja ensin haastatellen ja sen jälkeen havainnoimalla arvioitavia sekä haastatteleamalla heidän omais-  
aan/arjessa mukana olevia henkilöitä. Työssä määritellään myös käytettäviä teoreettisia käsitteitä. Lisäksi esitellään ASTA-arviointien tuloksia sekä niitä vertailemalla selvitetään eroavaisuuksia näiden kahden arviointitavan tuottamien tietojen välillä.

Työssä kuvaan myös ASTA-arviointimenetelmän soveltuvuutta tuottaa tietoa moniammatillisen työryhmän päätöksenteon tueksi kotiutusprosessiin liittyen. Johtopäätöksissä kuvataan arvioinneista saatujen tulosten ja teorian tietojen synteesiä. Lopuksi tuodaan esille tutkijan näkemyksiä mahdollisesta jatkotutkimusaiheesta.

## **2 Toimintakyky**

Toimintakykyä voidaan määritellä voimavaralähtöisesti, jäljellä olevan toimintakyvyn tasona tai todettuina toiminnan vajeina. Yleisesti määriteltynä toimintakyvyllä tarkoitetaan sitä, kuinka ihminen selviytyy jokapäiväisistä välttämättömistä ja merkityksellisistä toiminnoistaan siinä ympäristössä, jossa hän elää. (Laine, 2014.) Toimintaterapian yhtenä viitekehyksenä käytetään inhimillisen toiminnan mallia, jossa toiminnallinen suoriutuminen on muutoksen, terveyden ja hyvinvoinnin keskeinen voima. Kyseisessä mallissa ihminen nähdään dynaamisena sekä jatkuvasti muuttuvana kokonaisuutena. Toiminnallisen suoriutumisen katsotaan koostuvan kolmesta elementistä: tahto, tottumus ja suorituskky. Yhdessä ympäristön kanssa nämä elementit vaikuttavat henkilön toiminnalliseen osallistumiseen. (Kielhofner, 2002, 115–116.)

### **2.1 Toimintakyvyn arviointi**

Vammaisen tai pitkäaikaissairaahan henkilön palvelutarvetta selvitetessä ja arvioitaessa tulisi aina huomioida edellä mainitut toiminnallisen suoriutumisen kolme elementtiä. Toimintakykyä voidaan kuvata konkreettisemmin ICF-luokituksen avulla, jonka on kehittänyt WHO (World Health Organization). Luokituksessa korostuu yksilön ja ympäristön välinen vuorovaikutus ja ihminen nähdään yksilöllisenä sekä tavoitteellisenä toimijana. Toimintakyvyn arvioinnissa tarvitaan laajaa osaamista ja moniammatillista yhteistyötä, jossa hyödynnetään hoitotyön, kuntoutuksen, sosiaalityön sekä lääketieteen ammattilaisten asiantuntemusta. Arvioitavan henkilön sekä tarvittaessa myös hänen läheisensä arvio toimintakyvystä on keskeinen. Toimintakyvyn



arvioinnissa tulee hyödyntää arviointimenetelmiä, jotka on kehitetty kulloiseenkin tarkoitukseen. Näitä voivat olla joko useampia toimintakyvyn osa-alueita arvioivat arviointijärjestelmät tai vain tiettyä toimintakyvyn osa-aluetta arvioivat mittarit. (Laine, 2014.)

Toimintakyvyn arvioinnissa on tärkeää muistaa, että avuntarve sekä toimintakyky eivät ole pysyviä tiloja, vaan ne voivat muuttua eri tekijöiden vaikutuksesta, kuten esimerkiksi sairauksien, ympäristön, elämäntilanteiden tai tapojen/tottumusten vaikutuksesta. Toimintakyky voi esimerkiksi heikentyä hetkellisesti äkillisen sairauden tai kriisin takia. Tilapäinen vaihtelu voi aiheutua myös potilaan vamman tai sairauden luonteen vuoksi, esim. jos sairauteen liittyy pahenemisvaiheita tai kohtauksia. Toimintakyky voi myös parantua esimerkiksi tavoitteellisen hoito-, kuntoutus- ja palvelukokonaisuuden avulla. Toimintakykyä ja siten myös avuntarvetta arvioitaessa onkin tärkeää ymmärtää tämä dynaamisuus, eli palvelujen joustavuus sekä muutosvalmius henkilön tarpeiden muuttumisen myötä. (Mt.)

Viime vuosina kuntoutuksen sisällön laajentaminen kohti monialaisempaa kuntoutusta on tullut yhä tärkeämmäksi. Tällöin kuntoutuksen perustana on toimintakyvyn ylläpito, kuntoutumisen edistäminen sekä ehkäisevä vanhustyö. Kuntoutuksessa tulee fyysisen toimintakyvyn lisäksi huomioida myös ikääntymisen sosiokulttuurisuus. (Mt.)

Yhtenä kuntoutusvaihtoehtona toimintakyvyn ylläpitämiseksi on kotikuntoutus. Kotikuntoutuksen tarkoituksen on tukea asiakkaan toimintakykyä hänelle tutussa ympäristössä sekä arjen toimintojen yhteydessä ja siten ennaltaehkäistä toimintakyvyn laskua sekä pienentää laitoshoitoon joutumisen riskiä. Lisäksi kotikuntoutuksen tarkoituksena on myös tukea asiakkaan itsenäistä suoriutumista. (Einset & Krook, 2013.)

Rintamaveteraanien ja sotainvalidien avo- ja kotikuntoutuksen kehittämishankkeen (AKU-hanke) aikana toteutettujen tutkimusten mukaan säännöllinen kotikuntoutus

parantaa iäkkäiden elämänlaatua, kun taas laitospäästötouusjakson aikana asiakkaan fyysinen suorituskyky näyttää paranevan ja kivut lievittyvän. (Kuntaliitto, 2010.)

## **2.2 ICF- Luokitus toimintakyvyn ja avuntarpeen arvioinnin viitekehyksenä**

ICF- luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health) on WHO:n (World Health Organization) luokituksiin kuuluva toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus, ICD10:n rinnalla. ICD:n avulla kuvataan sairauksia tai terveydentiloja. ICF taas kuvaa miten sairauden ja vamman vaikutukset näkyvät yksilön elämässä. (THL, 2014, 3.)

ICF- luokituksen päätarkoituksena on muodostaa laaja ja kokonaisvaltainen näkemys ihmisen selviytymisestä hänelle tärkeissä arjen toiminnoissa omassa elinympäristössään. ICF katsoo toimintakykyä vuorovaikutuksellisenä, moniulotteisena sekä dynaamisena tilana, joka koostuu yksilön ja ympäristötekijöiden sekä terveydentilan vaikutuksista. (Mts. 42.)

ICF- luokitusta voidaan käyttää moniin eri käyttötarkoituksiin. Näitä ovat muun muassa: toimintakyvyn kuvaamisessa, yhteiskuntatyön työvälineenä kuten sosiaalityössä, rakenteellisessa kirjaamisessa, oikeuksien ajamisessa, voimaantumisen välineenä, koulutuksessa sekä sosiaali- ja terveystalitiikassa. (Mts. 12- 13.)

Osa ASTA-arviointien osa-alueiden toiminnoista on linkitetty suoraan tai osittain ICF- luokituksen toimintakykyluokituksen koodeihin. Arviointeja suoritettaessa huomiointiin myös ICF-toimintakykyluokituksen koodin sisältö. ASTA-arvioinnin ICF:ään linkittyvät toiminnot ja niitä vastaavat ICF-koodit on koottu liitteessä 1 olevaan taulukkoon.

### 2.3 Toimintakyvyn ja -rajoitteiden kuvaaminen ICF- luokituksen avulla

Toimintakykyä ja -rajoitteita voidaan määritellä erilaisten käsittemallien pohjalta. Käsittemallit voidaan karkeasti jaotella lääketieteellisiin ja sosiaalisiin malleihin. Lääketieteellisessä mallissa toimintarajoitteet nähdään ihmisen henkilökohtaisina ongelmina, jotka vaativat yksilöllistä hoitoa tai sopeuttamista. Sosiaalisessa mallissa taas katsotaan toimintarajoitteiden olevan yhteiskunnan aiheuttamia ongelmia, joihin voidaan vaikuttaa ympäristöä muuttamalla. ICF- luokituksessa edellä mainitut käsittemallit on yhdistetty käyttämällä biopsykososiaalista lähestymistapaa. (Mts. 19.)

Ihmisen lääketieteellinen terveydentila, yksilötekijät sekä ympäristötekijät muodostavat monimutkaisen vuorovaikutussuhteen kautta toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden kokonaisuuden. Toimintakyky tarkoittaa tämän vuorovaikutuksen myönteisiä piirteitä ja toimintarajoitteet kielteisiä piirteitä. Toimintarajoitteet ovat kehon toimintojen ja ruumiinrakenteiden vajavuuksia sekä suoritus- ja osallistumisrajoitteita. Lääketieteellinen terveydentila määritellään WHO:n ICD-10 (International Classification of Diseases, Tenth Revision) kansainvälisen tautiluokituksen avulla. (Mts. 8-9.)

## 3 Ikääntyminen ja psykogeriatría

Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Satakunnan sairaanhoitopiiri. Työ toteutettiin Harjavallan sairaalan psykogeriatrisella osastolla ja vanhuspsykiatrian poliklinikalla, joissa hoidetaan 65 vuotta täyttäneitä mielenterveysongelmista kärsiviä miehiä sekä naisia. Seuraavissa kappaleissa kuvataan ikääntymisen määritelmän sekä siihen liittyviä erilaisia toimintakyvyn haasteita.

### 3.1 Ikääntymisen määritelmä

Suomessa ikääntyneen määrittelyssä käytetään 65- ikävuoden rajaa. Yli 65- vuotiaat lasketaan kuuluvaksi tilastollisesti vanhusväestöön. Määritelmä perustuu siihen, että 65- vuotta on Suomessa yleinen eläkeikä. Vanhuuden käsite ei ole kuitenkaan yksiselitteinen, vaan siihen vaikuttavat monet tekijät, kuten yksilön omat kokemukset omasta toimintakyvystä ja sen suhteesta yhteisön odotuksiin. (Verner, 2014.)

Ikääntymisen, joka perustuu toimintakykyyn, katsotaan alkavan vasta 75- vuoden iässä ja vain joka kolmas 70–74-vuotias kokee itsensä vanhaksi. Iällä on useita erilaisia merkityksiä kuten psykologinen, fysiologinen, biologinen, sosiaalinen ja subjektiivinen ikä. Vaikka iällä onkin monta merkitystä, perustuu länsimaissa käsitys vanhuuden alkamisesta ja etenemisestä yleensä biologiseen sekä lääketieteelliseen näkökulmaan. Kyseisissä näkökulmissa on ongelmana, että ne korostavat toimintakyvyn laskun ja ikääntymisen välistä suhdetta. Tällaista viitekehystä kutsutaan ns. tautilähtöiseksi viitekehyyksi, jossa ikääntymistä tarkastellaan toiminnanvajausten kehittymisenä. (Verner, 2014.)

Tautilähtöisen näkökulman vastakohtana on ns. terveyslähtöinen lähestymistapa. Terveyslähtöinen lähestymistapa korostaa toimintakyvyn kehittämisen mahdollisuutta vielä vanhuusiässäkin. Lähestymistavan mukaan kehittämällä toimintakykyä voidaan välttää monia ikääntymisestä aiheutuvia toiminnanvajavuuksia ja raihnaisuuden muotoja. Tämä kannustaa kuntouttavaan ja sitä kautta toimintakykyä ylläpitävään toimintaan kaikissa elämän vaiheissa, myös vanhuudessa. (Mt.)

Vanhenemistä määriteltäessä voidaan myös käyttää primäärisen sekä sekundäärisen vanhenemisen käsitteitä. Primäärisellä vanhenemisellä tarkoitetaan eri lajeille tyypillistä vanhenemistä, joka määrittyy luonnollisten sekä biologisten tekijöiden mukaan. Vanheneminen sisältää mm. motorisen suorituskyvyn ja erilaisten elintoimintojen muutoksia sekä kognitiivisia, tiedonkäsittelyn muutoksia. Sekundäärillä vanhene-

misella taas tarkoitetaan erilaisten ulkoisten tekijöiden aiheuttamaa vanhenemista. Tällaisia tekijöitä ovat elämäntavat ja elinolosuhteet sekä sairaudet. (Pikkarainen, 2013, 28–29.)

Vanhuuden mukanaan tuomat erilaiset sairaudet ovat iäkkään toimintakyvylle suurin uhka, jota kuntoutuksella pyritään poistamaan tai kompensoimaan. Suorituskyvyn aleneminen aiheuttaa vaikeuksia selvitä päivittäisistä askareista, vapaa-ajan toimista, asioinnista kodin ulkopuolella ja sosiaalisissa kontakteissa. Useimmiten iäkkään asiakkaan kuntoutus on ratkaisujen hakemista ja tukiverkoston uudelleen rakentamista. (Rissanen, Kallanranta & Suikkanen, 2008, 555- 557.)

Suomessa joka kolmas yli 65-vuotias ilmoittaa kärsivänsä muistioireista ja jopa 120 000 henkilön kognitiivinen toimintakyky on lievästi heikentynyt. (Duodecim, 2010.) Vaikka muistisairauksien ilmaantuvuus ikäryhmien sisällä pysynee samana, uusien dementiatapausten määrä kaksinkertaistuu viidessä vuodessa ikävuosien 65 - 90 välillä. Melkein jokaisella dementiapotilaalla esiintyy sairautensa edetessä psyykkisiä oireita. Näistä tavallisimpia ovat levottomuus, apatia, masennus sekä psykoosioireet, kuten harhaluulot ja aistiharhat. Muistisairauden edetessä usein myös persoonallisuus muuttuu. Muistisairauksista johtuvien sekundaari psyykkisten oireiden hoito tulee työllistämään tulevaisuudessa nykyistä enemmän myös psykiatrasta hoitoa tarjoavia hoitopaikkoja. Psykiatrinen palvelu- ja hoitojärjestelmä ei ole varautunut eikä sitä ole suunniteltu vanhusväestön osuuden kasvun aiheuttamaan palveluiden tarpeen muutokseen. (Corrada, Brookmeyer, Paganini-Hill, Berlau & Kawas, 2009, 2-7; Leinonen ym. 2011.)

Vanhusten akuutit mielenterveyden häiriöt useimmiten vaativat nopeaa etiologian selvittelyä ja hoidon aloitusta erikoistuneessa ja korkeatasoisessa hoitopaikassa, jossa pystytään hoitomahdollisuuksien ja -muotojen arviointiin, asianmukaiseen diagnostiikkaan sekä hoidon aloitukseen. Ongelmana on, ettei kyseisenlaisia paikkoja ole

kuin suuremmissa keskuksissa, jonka vuoksi palvelu on usein puutteellista. (Lönngqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen, 2008, 631.)

Erikoissairaanhoitolaki (1062/89) määrittelee, että sairaanhoitopiirien tehtävänä on huolehtia erikoissairaanhoitopalvelujen yhteensovittamisesta siten, että perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito muodostavat yhtenäisen ja toimivan kokonaisuuden. (Finlex, 1989.) Kotiutustilanteessa potilas siirtyy erikoissairaanhoidosta useimmiten avoterveydenhuollon palveluiden piiriin. Sujuvaan siirtymävaiheeseen vaaditaankin potilaan toimintakyvyn kokonaisvaltainen arviointi, jonka pohjalta potilaan itsenäisen selviytymisen taso tulee olla selvillä. Se, kuinka potilas selviytyy itsenäisesti arjen toiminnoistaan määrittää sen, tarvitseeko potilas mahdollisesti enemmän tukea selviytyäkseen sairaalahoidon jälkeisestä elämästä. Näiden tietojen pohjalta ammattilaiset pystyvät määrittämään avuntarpeen ja järjestämään tarvittavat muutokset kotiutusta varten. Jotta hoidon jatkuvuus olisi parhaalla mahdollisella tavalla taattu, tulee osastojen toimia tiiviissä yhteistyössä avohoidon kanssa. (Mäkitalo, 2000, 84; Punkanen, 2001, 28.)

### **3.2 Psykogeriatria**

Satakunnan sairaanhoitopiirin Harjavallan sairaalan vanhuspsykiatrian tehtävänä on erityistason ongelmatapauksien tutkiminen ja hoidon aloitus, taudinmäärittely, vaikeahoitoisuuteen vaikuttaminen sekä tarkoituksenmukaisen hoitopaikan pohtiminen ja ehdottaminen. Harjavallan sairaalan vanhuspsykiatriaan kuuluvat poliklinikka ja vuodeosasto, joissa tutkimus pohjautuu moniammatilliseen selvitykseen. Hoito toteutuu aina yksilöllisen suunnitelman mukaisesti. Suurin osa kotiutuvista osastopoti-laista jatkaa ainakin jonkin aikaa poliklinikkapotilaana. Vanhuksilla on usein monia erilaisia sairauksia ja eri lääkitysten yhteen sovittelu on tarkkaa ja aikaa vievää työtä. Lääkehoidon lisäksi kuntouttava toiminta tulee aloittaa varhain. Hoitotyön lisäksi poliklinikan ja osaston hoitajat toimivat asiantuntija-apuna koulutuksen ja konsultation muodossa peruskunnissa. (Satshp, 2014.)

Vanhuspsykiatria, geropsykiatria tai psykogeriatría nimitystä käytetään geriatrian tai psykiatrian osa-alueesta, jossa keskitytään iäkkäiden ihmisten psykiatriisiin sairauksiin ja niiden hoitoon. Vanhustenhoito käsittää iäkkäiden hoitotyön, lääkinnällistä hoitoa sekä kuntoutuksen. (Kivelä, 2006, 15–16.) Harjavallan sairaalan psykogeriatrian osastolla psykogeriatriseen hoitoon katsotaan kuuluvaksi seuraavanlaisia elementtejä: psykogeriatrisia arviointeja, muistihäiriöpotilaan erotusdiagnostiikkaa, potilaan lähteisten haastatteluja (lisätietojen selvittämiseksi), toimintakyvyn arviointeja, psykologisia arviointeja sekä sosiaalista selvittelyä. Lisäksi osastolla työskentelee yksi ohjaaja, jonka vastuualueena on erilaisten ryhmien ohjaaminen ja suunnittelu. (Satsip, 2014.)

#### **4 Geriatriinen arviointi ja kuntoutus**

Geriatriinen arviointi on yleisesti koostunut ikääntyvän asiakkaan sairauksista ja ongelmista sekä niiden kompensoimisesta ja hoitamisesta. Kyseinen lähestymistapa jättää huomioimatta asiakkaan omat käsitykset, voimavarat sekä kotiympäristössä käyttämät usein hyvin neuvokkaat selviytymiskeinot, joiden huomioiminen kuntoutuksen suunnittelussa olisi hyvin tarkoituksenmukaista. (Rissanen ym. 2008, 559–561.)

Toimintaterapian ja kuntoutuksen vaikuttavuudesta ihmisen kotiympäristössä on tieteellistä näyttöä, mikä osaltaan vahvistaa toimintaterapian ydinajatusta siitä, että ympäristön ja toiminnan suhde on vuorovaikutteinen ja voi vaikuttaa ihmisen toimintakykyyn niin edistävästi kuin heikentävästikin. (Zidén, Frändin & Kreuter, 2008, 1019–1033.) Perinteisen gerontologisen arvioinnin lähestymistapaa tulisikin muuttaa ja suunnata arviointia yhä enemmän asiakkaan omaan ympäristöön ja siellä tapahtuviin toimintoihin.

Geriatrisen kuntoutuksen tavoitteena on eri asioiden kokonaisvaltainen huomioon ottaminen, jonka avulla pyritään parantamaan toimintakykyä ja ennaltaehkäisevien keinojen avulla tuetaan tulosten säilymistä. Iäkkään ihmisen toimintakyvyn säilymiseen vaikuttavat monet eri seikat kuten esimerkiksi aikaisemmat elintavat, nykyiset elintavat (ravinto, liikunta, fyysinen kunto, nautintoaineet, aktiivisuus ja harrastukset), elinolot (taloudellinen tilanne, arvostus, mahdollisuus kehittyä, vanhuskuva, sosiaalinen ja kulttuurinen tausta), sairauksien hoito, terveyden ylläpitäminen ja kuntoutusmahdollisuudet. (Rissanen ym. 2008, 548- 551.)

Ikäihmisen tuntiessa epävarmuutta tilanteiden hallitsemisessa, tulevaisuuden suunnittelussa ja sairauden ennusteessa, kuntoutus koostuu enimmäkseen rohkaisusta, ohjauksesta ja kannustuksesta. Iäkkään asiakkaan toimintakyvyn huonoa kehitystä ruokkivat muun muassa seuraavanlaiset seikat: perheenjäsenten ylihuolehtivuus, elinympäristön haasteettomuus, apuvälineiden sopimattomuus, omien kykyjen ylitäi aliarvostus, kodin rakenteelliset esteet ja muut vastaavat tekijät. Jos edellä mainittuihin asioihin ei kiinnitetä riittävää huomiota, on uhkana tällöin passivoituminen ja olemassa olevien voimavarojen käyttämättömyys. Tällaisissa tilanteissa kuntoutuksen tulisi keskittyä opetukseen, perherohkaisuun ja virheiden korjaamiseen. (Mts. 557- 562.)

Laaja-alaisessa, moniammatillisessa kuntoutustarpeiden arvioinnissa otetaan huomioon kuntoutujan fyysiset, psyykkiset sekä sosiaaliset ongelmat ja voimavarat. Mitä useampia samanaikaisia sairauksia ja mitä enemmän toiminnanvajeita asiakkaalla on, sitä kokonaisvaltaisempaa gerontologisen arvioinnin tulisi olla. Kaikessa ikääntyneiden kuntoutuksessa tulisi olla pohjana kuntoutujan motivaation, voimavarojen, ennakkokäsitysten, omien tarpeiden, toiveiden ja kompensatiokeinojen arvioiminen sekä selvittely. (Pikkarainen, Vaara & Salmelainen, 2013, 199- 203.)

Ympäristön vaikutuksia vanhusten itsenäiseen selviytymiseen ja turvallisuuteen on tutkittu vain vähän. Tällä hetkellä erilaiset verkostomalliset kuntoutusmuodot, joilla



pyritään vaikuttamaan vanhusten ympäristöihin ja palveluihin sekä parantamaan hoitoketjuja ja tiedonkulkua, ovat vasta kokeiluasteella ja toimivat vain välttävästi. Tämän vuoksi geriatrisessa arvioinnissa tulisikin panostaa yhä enemmän kotikäynteihin ja kotiympäristössä tapahtuvaan arviointiin. (Arpomaa & Koskinen, 2002.)

Kotikäynti on erityisen hyödyllinen sellaisten asiakkaiden kohdalla, joilla on runsaasti toimintakyvyn ongelmia. Toiminnanvajeita on hyödyllistä tarkastella myös elinympäristön toiminnalle asettamista vaatimuksista käsin. Tutussa kotiympäristössä ikääntynyt on usein toimintakyvyn heiketessä kehittänyt vähitellen omat selviytymiskeinonsa ja toimintastrategiansa. Kotiympäristön turvallisuus, esteettömyys, apuvälineet ja erityisesti elämänhallinnan kokemus pidentävät kotona asumisen mahdollisuutta sekä itsenäistä selviytymistä. (Rissanen ym. 2008, 302- 304.)

Ikääntyneiden kuntoutuksessa tavoiteltavaa sekä yhteiskuntatalouden, että yksilön hyvinvointiin vaikuttamisen kannalta on Community based rehabilitation- malli, jota myös WHO on korostanut. Siinä kuntoutuksen toimijoina ovat kaikki ne tukiverkoston osat ja jäsenet, jotka pyrkivät työskentelemään yhteisen tavoitteen hyväksi. Siihen voivat kuulua kuntoutujan ja hänen läheistensä lisäksi kunnallinen sosiaali- ja terveystoimi, liikuntatoimi, vapaaehtoisjärjestöt, kansanterveys- ja potilasjärjestöt ja kirkon diakoniatyö. (BJP, 2003, 57- 62.)

Vanhusväestön toimintakyvyn vajauksia ja esiintyvyyttä on tutkittu muun muassa Terveys 2000 – tutkimuksessa, jonka mukaan viime vuosilta on saatu lupaavaa tieteellistä näyttöä siitä, että kuntoutuksen ulottaminen psyykkisten, sosiaalisten ja kognitiivisten toimintojen alueille on kannattavaa. Kannattavuuden vuoksi olisikin tärkeää jatkossa panostaa enemmän näiden osa-alueiden kuntoutusmalleihin sekä elementteihin ja ottaa ne osaksi palvelujärjestelmäämme. (Arpomaa ym. 2002.)

Lisäksi tarvitsemme enemmän tutkimustietoa geriatriisista jättiläisistä, kuten masennukseen käytettävistä hoitomalleista vanhuksilla ja inkontinenssista kärsivien henkilöiden kuntoutuksesta. (Mt.)

## **5 Hyvän arviointimenetelmän kriteerit**

Toimintaterapeutit pyrkivät koko ajan lisäämään laadukkaiden arviointimenetelmien käyttöä, jotta heidän työnsä olisi entistä näyttöön perustuvampaa. Kysymys kuuluu-  
kin kuinka laadukkaan arviointimenetelmän tunnistaa?

Arviointimenetelmien lähtökohtana toimintaterapiassa on arvioida asiakkaan toiminnallisuutta mahdollisimman asiakaslähtöisesti. Näin ollen menetelmien valinnassa tulee kiinnittää huomiota arvioinnin tarkoitukseen ja halutun tiedon luonteeseen, tiedonkeruutapaan sekä menetelmän tuottamaan tietoon. Lisäksi valittaessa arviointia on erityisesti huomioitava mittarin kliininen käytettävyyden ja psykometriset ominaisuudet. (Law, Baum & Dunn, 2005, 81- 86.)

### **5.1 Arvioinnin tuottaman tiedon luonteen arvioiminen**

Toimintaterapia-arvioinnilla voidaan tuottaa ennustavaa, muutosta arvioivaa, kuvailevaa tai erottelevaa tietoa. Ennustavalla arvioinnilla pyritään ennustamaan yksilön tulevaisuuden toimintamahdollisuuksia. Muutoksen arvioinnissa tunnistetaan muutosta ihmisen toiminnassa, joka tapahtuu ajan kuluessa. Tällöin käytetään arviointimenetelmiä, jotka ovat luotettavia ja tarpeeksi herkkiä muutoksen mittaukseen. Kuvailevalla arvioinnilla tarkoitetaan esim. päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen laadun arviointia. Erotteleva arviointi on yksilön vertaamista johonkin tiettyyn ryhmään esim. terveeseen saman ikäiseen väestöön. Erottelevaa arviointia käytettäessä tulee menetelmän olla luotettava ja sen tulee erotella haluttua ilmiötä. Tällöin tarvi-

taan luotettavasti luokitteleva arviointimenetelmä, jonka avulla voidaan luokitella yksilöt esim. avuntarpeen perusteella. (Mts. 33- 39.)

## 5.2 Arvioinnin tiedonkeruutapa

Arviointia tehdessään voi toimintaterapeutti käyttää useita eri arviointikeinoja kuten itsearviointia, mittaamista, havainnointia tai haastattelua. Haastattelun ja havainnoinnin merkitys arviointitiedon keräämisessä on suuri, sillä niiden avulla voidaan saada taustatekijöistä merkittävää tietoa, joita mittareilla ei välttämättä saa esiin. Toimintaterapeutti saa haastattelun ja havainnoinnin avulla myös tietoa, josta on tukea oikean mittarin valinnassa. Arviointimenetelmällä voidaan saada tietoa erilaisista näkökulmista kuten esimerkiksi toimintaterapeutin keräämää tietoa, asiakkaan lähipiirin antamaa tietoa tai asiakkaan itsearvioinnin avulla saatua tietoa. Arviointimenetelmän käyttöympäristöön tulee tässä vaiheessa kiinnittää huomiota. (Piikki, 2010.)

Kristina Tomra Nielsen ja Eva Ejlersen Wæhrens ovat tutkineet Occupational therapy evaluation: use of self-report and/or observation 2015, tutkimuksessaan havainnoiden ja itsearvioiden tehtyjen ADL- toimintoja (Activities of Daily Living, suom. päivittäiset toiminnot) arvioivien menetelmien tuottamien tietojen eroja masentuneilla aikuispotilailla. Tutkimukseen osallistuneet toimintaterapeutit käyttivät ADL- toimintojen arvioinnissa ADL-I:tä (ADL Interview Questions), joka on päivittäisten toimintojen itsearviointimenetelmä, AMPS:a (Assessment of Motor and Process Skills), joka on päivittäisten toimintojen suoriutumisen laatua arvioiva menetelmä. Arviointi suoritetaan havainnoimalla asiakkaalle merkityksellisten ja ennalta tuttujen tehtävien suorittamista ja OTIPM:a (The Occupational Therapy Intervention Process Model), joka on toimintaterapian viitekehys, jonka avulla toimintaterapeutit pyrkivät hyödyntämään toimintaterapian keskeisiä näkökulmia työskentelyssään. Malli auttaa toimintaterapeutteja suunnittelemaan ja toteuttamaan asiakaskeskeisiä sekä toimin-

taan perustuvia arviointeja ja interventioita. (Tomra Nielsen & Ejlersen Wæhrens, 2015, 13–14.)

Tutkimus osoitti, että itsearviointiin ja havainnointiin perustuvat arvioinnit antavat joissain määrin samankaltaista tietoa ADL- toiminnoista suoriutumisen laadusta. Tutkimuksen tulokset kuitenkin myös osoittivat, että itsearviointiin ja havainnointiin perustuvat arvioinnit tuottivat yksittäisten osallistujien ADL kyvyistä osaksi myös erilaisia tietoja. (Mts. 13-23.)

Havainnoiden tehtävää arviointia suoritettaessa tulee huomioida kriittisesti arvioitsijan havainnointitaidot. Esim. koulutuksesta riippuen eri arvioitsijoilla voi olla hyvinkin eritasoiset havainnointitaidot sekä ammatillinen näkökulma havainnoinnin suorittamiseen.

### **5.3 Arviointimenetelmän psykometriset ominaisuudet**

Arviointimenetelmiä on joko standardoituja tai ei-standardoituja. Standardoidulla arviointimenetelmällä tarkoitetaan tiettyyn tarkoitukseen kehitettyä menetelmää, joka voi olla standardoitu vain tietyn ryhmän arviointiin tai ns. geneerinen menetelmä, joka on standardoitu menetelmä, mutta kohdejoukosta riippumaton. Standardoidusta arviointimenetelmästä on olemassa ohjeistus miten ja milloin menetelmää käytetään, miten sillä saatuja tuloksia tulkitaan sekä siinä kerrotaan arviointimenetelmän reliabiliteetti - ja validiteetti tutkimuksista. Mikäli arviointimenetelmä halutaan standardoida, vaatii se paljon tutkimustyötä. Ei-standardoidut menetelmät jaetaan strukturoituihin ja strukturoimattomiin menetelmiin. Strukturoituja menetelmiä toteutetaan esim. havainnointina, haastatteluna tai asiakkaan itsearviointina. Toimintaterapian teoreettiseen viitekehykseen perustuminen lisää strukturoidun menetelmän luotettavuutta. Toimintamahdollisuuksien selvittämiseksi ei välttämättä tarvita standardoituja mittareita, mutta niiden avulla voidaan kuitenkin tuoda arviointiin systemaattisuutta ja kuvata sitä numeerisesti. Lisäksi niiden käyttö mahdollis-

taa osaltaan arvioinnin luotettavan toistamisen. Tällä taas mahdollistetaan muutoksen mittaus. (Asher, 2007, 10- 14.)

Arviointimenetelmän reliabiliteettiin vaikuttaa muun muassa arvioinnin yhdenmukaisuus, jota arvioitaessa tulee ottaa huomioon arviointimenetelmän objektiivisuus vs. subjektiivisuus. Näin tarkistetaan, miten arvioinnin tekijän tarkoitus ymmärretään. Ymmärrys voidaan tarkistaa esim. käyttämällä useampaa arvioitsijaa samassa tilanteessa. Tämä kuitenkin edellyttää arvioitsijoilta samanlaisia havainnointimahdollisuuksia ja sitä, että tutkijoilla on sama henkilökohtainen viitekehys tutkimuksen suorittamisessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 152, 156 – 157.)

Arviointimenetelmää valittaessa tulee huomiota myös kiinnittää siihen, onko valittava menetelmä normiperustainen vai kriteeriperustainen, koska ne tuottavat erilaista tietoa. Normiperusteisessa menetelmässä verrataan asiakkaan yksilöllisiä tuloksia ja tulkitaan niitä suhteessa isoon aineistoon. Normatiivisessa menetelmässä teetetään asiakkaalla vieras tehtävä vieraassa ympäristössä. Tällaisella menetelmällä pyritään kuvaamaan asiakkaan valmiutta suhteessa muihin. Kriteeriperustaisella menetelmällä pyritään selvittämään onko asiakkaalla riittävät taidot, joilla hän selviää oleellisista tehtävistä luonnollisessa ympäristössä. Toisin sanoen, menetelmä sisältää kriteereitä, joiden avulla tarkastellaan asiakkaan suoriutumista. (TOIwiki, 2012.)

#### **5.4 Arviointimenetelmän kliininen käytettävyys**

Kliininen käytettävyys tarkoittaa arviointimenetelmän soveltuvuutta käytännön työhön. Arviointimenetelmää valittaessa tulee huomioida menetelmän kustannukset (hankintahinta, manuaali, testilomakkeet, materiaalit jne.), arviointiin ja pisteytykseen kuluva aika, kuinka paljon menetelmän käyttöönotto vaatii harjoittelua (onko mahdollisesti käytävä koulutus), menetelmän saatavuus, kielen vaikutus menetelmän käyttöönottoon, kuinka tunnettu menetelmä on sekä käytön vaivattomuus. (esim.

kysymykset on helppo ymmärtää, asiakas tietää mitä on tarkoitus tehdä tai mitä testataan ja soveltuvatko ne asiakkaan arkeen jne.) (Asher, 2007, 5-6.)

## 6 ASTA-arviointimenetelmä

ASTA-arviointimenetelmä on tarkoitettu asumisessa tarvittavan tuen sekä avuntarpeen arviointivälineeksi. ASTA on suunniteltu käytettäväksi asiakkaille, jotka tarvitsevat apua joko psyykkisistä, kognitiivisista tai fyysisistä syistä johtuen. ASTA:lla voidaan arvioida, mihin kodin toimintoihin ja millaista apua arvioitava tarvitsee. Myös eri päivien ja tilanteiden mukaan tapahtuva avuntarpeen vaihtelu saadaan tarvittaessa dokumentoitua. Jokaisen toiminnon kohdalta arvioidaan sanallisen ohjauksen/muistuttamisen, fyysisen avustamisen sekä esim. kuvallisten ohjeiden tarvetta ja määrää. ASTAa voidaan käyttää mm. tuloksellisuuden tai asumisvalmennuksen edistymisen arvioinnissa, palvelusuunnittelussa, terapian, asunnonmuutostöiden tai muun intervention suunnittelussa. ASTA pohjautuu osaksi ICF-luokitukseen. (International Classification of Functioning, Disability and Health). Arviointi voidaan toteuttaa joko havainnoimalla tai haastatteleamalla. (ASPA, 2010.)

### 6.1 ASTAn käytettävyys

ASTAn käytettävyyttä ja soveltuvuutta eri asiakasryhmien arviointiin sekä erilaisiin käyttötilanteisiin on tutkittu kahdella käytännön pilotoinnilla sekä viidessä erillisessä opinnäytetyössä. Ensimmäinen pilotointi käynnistettiin keväällä 2009, jolloin testaukseen osallistui 15 ammattilaista eri puolilla Suomea. Toinen pilotointi tapahtui syksyllä 2009, jolloin pilotoijia oli mukana yhteensä 120. Pilotoinneista kerätyn palautteen avulla tarkennettiin lomakkeistoa ja sen käyttöohjeistusta. (Mt.)

Menetelmän toistettavuus antaa mahdollisuuden kerätä vertailtavaa tietoa asiakkaan toimintakyvystä sekä mahdollistaa kuntoutuksen vaikuttavuuden mittaamiseen.

ASTA on uusi menetelmä, eikä siitä ole tehty tieteellisiä reliabiliteetti- ja validiteettitutkimuksia. ASTA- pilotointiraportti antaa kuitenkin viitteitä ASTAn käytettävyydestä ja sen sidonnaisuus ICF- luokitukseen näkyy lomakkeiston kysymyksissä. Tällä hetkellä ASTAn heikkoutena voidaan pitää tieteellisten tutkimusten puutetta, joten tutkimuksia menetelmästä ja sen kyvystä antaa luotettavia tuloksia tarvitaan vielä lisää. (Mt.)

## 6.2 ASTAn käytännön toteutus

ASTA on kriteeriperustainen arviointimenetelmä. Arvioinnin tarkoitus on kuvata asiakkaan selviytymistä päivittäisistä välttämättömistä toiminnoista omassa asuinympäristössään ja tätä kautta määrittää mahdollista avun tarvetta. Menetelmässä on määritetty tietty kriteeristö suoriutumisen eritasoista, joihin asiakkaan suoriutumista verrataan. Kriteeriperusteisen arviointimenetelmän valinta tämän opinnäytetyön arvioitavien arviointiin oli luontevin, sillä työssä pyrittiin arvioimaan arvioitavien kotona pärjäämistä ja tuottamaan sairaalassa työskentelevälle moniammatilliselle tiimille tietoa arvioitavan avuntarpeesta ja toimintakyvystä toimintaterapian näkökulmasta. (Mt.)

ASTAssa arvioitavat 78 toimintoa on jaettu arvioinnissa neljään kategoriaan, joita ovat: Ruokahuolto, itsestä huolehtiminen, kotityöt sekä kodin ulkopuolella asiointi ja vapaa-ajanvietto. (Mt.)

Ruokahuollon osa-alue sisältää yhteensä 17 arviointikohtaa ja näistä kymmenen pohjautuu ICF- luokitukseen, itsestä huolehtimisen osa-alueessa on 27 arviointikohtaa ja näistä 20 pohjautuu ICF:ään, kotityöt osiossa on yhteensä 24 arviointikohtaa, joista kuusi pohjautuu ICF:ään ja kodin ulkopuolella asioimisen ja vapaa-ajanvieton osa-alueessa on yhteensä kymmenen arviointikohtaa, joista yksikään ei pohjautu suoraan ICF-luokitukseen. (Mt.)

Arviointilomakkeistoon voidaan merkitä jokaisen toiminnon kohdalle sekä tavanomainen, että alentunut suoriutuminen, jotta päivittäisen avuntarpeen vaihtelut saadaan tuotua esille. Arvioinnissa korostetaan asiakaslähtöisyyttä ja lomakkeistoon merkitään toiminnot, jotka ovat arvioitavalle henkilölle itselleen tärkeimpiä. (Mt.)

Kunkin toiminnon osalta avuntarpeen laatua arvioidaan 8-portaisella asteikolla. Asteikko on Likert-asteikko, jossa käytetään kirjaimia (A-H) kuvaamaan avuntarpeen erilaisia tasoja. X – kirjainta käytetään silloin kun arvioiminen ei jostain syystä onnistu. Osassa kysymyksistä, jotka arvioivat tunnistamista tai ymmärtämistä, ei käytetä kaikkia vastausvaihtoehtoja. Mikäli henkilö tarvitsee apua toiminnasta suoriutumiseen, arvioidaan onko tarvittava apu sanallista/fyysistä vai kummankin yhdistelmä sekä missä määrin apua tarvitaan. H- kirjain kuvaa arvioinnissa heikointa toiminnasta suoriutumisen astetta, jolloin arvioitava tarvitsee toiminnassa runsaasti ohjausta ja fyysistä avustusta tai on täysin avustettava. A- kirjain taas kuvaa arvioinnissa parasta suoriutumisen astetta ja kertoo arvioitavan suoriutuvan itsenäisesti arvioitavasta toiminnasta. Jokainen arvioinnin aste on jaettu kahteen osaan. Esimerkiksi suoriutuu itsenäisesti-kohdassa on kaksi tasoa, A ja B, jolloin epäselvemmissä tilanteissa arvioitsijan tulee aina valita ”huonompi” suoriutumisentaso. Katso tarkemmin taulukosta 3 sivulla 28. (Mt.)

Jokaiseen arvioitavaan osa-alueeseen on varattu erillinen tila huomioille. Huomioita -kohtaan merkitään tarkennuksia vastauksista, esimerkiksi ongelman taustalla olevista syistä. Avuntarvetta arvioitaessa tulee erityisesti huomioida tarvitseeko arvioitava joissakin toiminnoissa apua jatkuvasti vai painottuuko avuntarve pelkästään tiettyihin toiminnan osa-alueisiin (Mt.)

Ennen varsinaisen arvioinnin aloittamista, kirjataan ylös arvioitavan taustatiedot, toimintakyvyn vaihteluun liittyvät tiedot sekä muut yleiset huomiot, kuten esim. apuvälineet, joita arvioitavalla on käytössä. Näitä tietoja tarvitaan tulosten analyysissä sekä lausunnossa. Loppulausuntoon tulisi kirjata arvioitavan taustatietojen lisäksi



ainakin lomakkeiston täyttötapa sekä -paikka. Arviointi voidaan suorittaa joko haastattelun, jolloin arviointiin on suositeltavaa varata noin tunti aikaa tai havainnoiden, jolloin arviointi kestää huomattavasti kauemmin ja on syytä jakaa suoritettavaksi eri päiville. (Mt.)

ASTA soveltuu vain harvoin itsearviointivälineeksi. Lomakkeiston täyttäminen itsenäisesti vaatii kognitiivisia taitoja sekä hyvää keskittymiskykyä, joita arvioitavilla ei välttämättä ole riittävästi itsearvioinnin suorittamiseksi. Toisaalta esim. keskustelujen pohjana itsearviointia voidaan kuitenkin käyttää siten, että arvioitava tutustuu lomakkeistoon ja miettii vastauksia. Tämän jälkeen lomakkeisto käydään läpi yhdessä arvioitavan ja ammattilaisen kesken. Ensimmäisessä ASTA on siis tarkoitettu arviointivälineeksi ammattilaisille, kuten toimintaterapeutit, kuntoutusohjaajat, sosiaalityöntekijät, kotihoidon ja asumisyksiköiden työntekijät, jotka työnsä puolesta arvioivat arvioitavien suoriutumista kotona tapahtuvista toiminnoista. (Mt.)

Arvioitavan oma käsitys suoriutumisestaan voidaan kuitenkin kirjata ammattilaisen arvioinnin rinnalle käyttäen kahta eri väriä, jolloin näkemysten poiketessa toisistaan on eriävien merkintöjen kirjaamisesta hyötyä arvioinnin kannalta. (Mt.)

### **6.3 ASTAn tuottamana tiedon luonne**

ASTAN tuottama tieto luokituu edellä esitellyistä tiedon luonteista kuvailevaan tietoon. ASTAN tarkoituksena on kuvailla arvioitavan henkilön toimintakykyä ja avuntarvetta neljän eri arjen toimintoja kuvaavan osion kautta. Toiminnot on esitelty Taulukossa 1.

Osa-alueet	Sisältö
<b>Ruokahuolto</b>	Syöminen, ruoanlaitto sekä keittiössä käytettävät välineet ja laitteet
<b>Itsestä huolehtiminen</b>	Pukeutuminen, peseytyminen, siistiytyminen, hygieniasta huolehtiminen, wc-toiminnot sekä omasta terveydestä huolehtiminen
<b>Kotityöt</b>	Tekstiilihuolto, siivous ja tekniikka
<b>Kodin ulkopuolella asiointi ja vapaa-aika</b>	Ei eriteltyä sisältöä

Taulukko 1 ASTAn osa-alueet (ASPA, 2010)

Suurin osa osa-alueiden arvioitavista toiminnoista on pilkottu tutkijan oman käyttäjäkokenuksen mukaan riittävän pieniksi. Toimintojen linkittäminen ICF:än koodeihin avaa ja tarkentaa toimintojen sisältöjä. (Liite 1.) Tarkennukset varmistavat arvioijan huomioivan riittävän laajasti ja tarkasti arvioitavan suoriutumista kustakin arvioitavasta toiminnosta.

#### 6.4 ASTA- arvioinnin tiedonkeruutapa

ASTA- arviointi voidaan suorittaa joko haastatellen tai havainnoiden, myös läheisten haastatteleminen on mahdollinen arviointitapa. ASTAa voidaan käyttää vain harvoin ja hyvin harkitusti itsearviointivälineenä. ASTA- lomakkeiston käyttäjän käsikirjan 1/2010 mukaan arviointi on luotettavinta havainnoimalla tehtynä. Mikäli lomakkeisto täytetään haastatteleamalla, tulee ammattilaisen aina arvioida vastausten realistisuutta ja tarvittaessa tarkentaa/keskustella vastauksesta arvioitavan kanssa ennen sen kirjaamista. (ASPA, 2010.)

#### 6.5 ASTAn psykometriset ominaisuudet

ASTA on melko uusi menetelmä, eikä siitä ole tehty tieteellisiä reliabiliteetti ja validiteettitutkimuksia. ASTA- arvioinnin käytettävyydestä ja sen soveltumisesta eri asiakasryhmille on tehty kaksi pilotointia vuonna 2009, joiden pohjalta arviointimene-

telmää on kehitetty. ASTA on siis standardoimaton, mutta strukturoitu arviointimenetelmä, jota voidaan toteuttaa havainnoimalla tai haastatteleamalla. (Mt.)

ASTAn reliabiliteetti on kyseenalainen yhdenmukaisuuden osalta, koska käyttäjän käsikirjan 1/2010 mukaan eri arvioitsijoiden tekemiä arviointeja ei voi suoraan verrata toisiinsa. Kyseinen asia on perusteltu sillä, että eri arvioitsijat voivat mieltää vastausasteikon ohjeistuksesta huolimatta eri tavoin. Mikäli ASTAlla halutaan kuvata muutosten tai vaikuttavuuden, tulee saman henkilön suorittaa sekä alku-, että loppuarviointi. (Mt.)

## **6.6 ASTAn kliininen käytettävyys**

Saadun käyttäjäkokemuksen myötä ASTA- arviointimenetelmä oli arvioimiseen ja pisteytykseen kuluvan ajan puitteissa kuormittavuudeltaan sopiva. Arvioinnit toteutettiin kahdessa osassa niin, että ensin arvioitavia haastateltiin, jonka jälkeen havainnoitiin sekä haastateltiin omaisia/ arvioitavan arjessa mukana olevia henkilöjä. Loppu yhteenvedon kirjaaminen oli selkeää, sillä ASTA- arviointi on jaoteltu neljään osaluokkaan, joista sai muodostettua otsakkeet yhteenvedon rungoksi.

Arviointimenetelmän käyttöönottoa harjoiteltiin niin, että tutustuttiin huolellisesti ASPA- säätiön sivuilta löytyvään ASTAn käyttäjän käsikirjaan 1/2010. Riittävän arviointimenetelmään tutustumisen jälkeen, tulostettiin arviointi-lomakkeiston ja muodostettiin kuvitteellinen case eli tapaus, jota arviotiin harjoitukseksi. Ihanteellista olisi ollut, mikäli tutkija olisi pystynyt osallistumaan johonkin ASPA-säätiön järjestämistä ASTAn käyttäjäkoulutuksista.

ASTAn kliinisen käytön heikkoutena voidaan pitää sitä, ettei arviointimenetelmä ole ainakaan vielä yleisesti kovin tunnettu. Mikäli ASTAn reliabiliteetti ja validiteettia tutkitaan ja kehitetään tulevaisuudessa voi sen tunnettavuuskin laajentua. ASTAsta on kehitetty suomenkielisen version lisäksi myös ruotsinkielinen versio, joka lisää

ASTAn käyttöönotto mahdollisuuksia myös Ruotsissa ja Suomen ruotsinkielisillä alueilla.

ASTAn klinisen käytettävyyden ehdottomasti suurin vahvuus on sen helppo saatavuus ja maksuttomuus. ASTA- lomakkeiston voi tulostaa ASPA- säätiön internet-sivuilta kuka tahansa. Sivuilta löytyy myös kattava käyttäjän käsikirja 1/2010 johon on selkeästi kirjattu kaikki tarvittava tieto ASTAn käyttöönotosta ja arvioinnin toteuttamisesta. ASTA on yleiskieleltään selkeä ja helposti ymmärrettävä, joka edesauttaa sen käyttämistä ammattiryhmästä riippumatta.

## **7 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on osaltaan tuottaa tietoa ASTA-arviointimenetelmän käytettävyyteen liittyvistä tekijöistä. Työn tavoitteena on kuvata kuuden arvioitavan kautta avuntarpeen arvioinnin eroja haastatellen ja havainnoiden kerätyn tiedon välillä. Lisäksi tavoitteena on vastata kahteen tutkimuskysymykseen, jotka ovat: 1. Millaista tietoa ASTA-arviointi antaa avuntarpeesta kotiutusprosessiin liittyen moniammatillisentyöryhmän päätöksenteon tueksi? 2. Tuottaako havainnoiden ja haastatellen tehdyt arvioinnit erilaista tietoa?

## **8 Tutkimuksen toteutus**

Tässä kappaleessa kuvataan tutkimuksen toteutusta, arvioitavia sekä aineiston keruuta ja sen analysointia. Lisäksi kappaleessa kuvataan työn tutkimusote.

## 8.1 Tutkimusote

Opinnäytetyö toteutettiin tapaustutkimuksena. Tapaustutkimuksen tarkoituksena on tutkia syvällisesti ilmiökokonaisuutta tai vain yhtä/muutamaa kohdetta. Tässä tutkimuksessa tapaukset olivat 6 potilasta ja heidän kaksi erilaista ASTA-arviointiaan. (Havainnoiden sekä haastatellen arvioitavan omaisia/arjessa mukana olevia henkilöitä tehty arviointi ja arvioitavia haastatellen tehty arviointi.)

Tapaustutkimus voidaan toteuttaa monen eri analyysimenetelmän avulla ja sen määrittely on laaja. Case, eli tapaus on määrittävä tekijä tutkimuksessa ja sillä viitataan yksittäiseen tutkimuskohteeseen, joita voi olla useampia. Tapaukset muodostavat yhdessä tutkimuksen keskiössä olevan suppean joukon. Usein tutkittava tapaus ymmärretään rajautuneeksi omaksi yksikökseen tai kokonaisuudekseen. Kuitenkin tapaus voi olla hyvin monenlainen. Valitusta tapauksesta pyritään tuottamaan yksityiskohtaista ja intensiivistä tietoa. (Jyväskylän Yliopisto, N.D.)

Tapaustutkimusanalyysillä haetaan tietoa ilmiöön liittyvän toiminnan mekanismeista dynamiikasta, prosesseista ja sisäisistä lainalaisuuksista siten, että tutkimuksen tuloksilla voidaan osoittaa olevan laajempaa sosiokulttuurista merkitystä ja siten jonkinlaista yleistettävyyttä tai siirrettävyyttä. (Mt.)

## 8.2 Käytännön toteutus

Tutkimuslupa haettiin Satakunnan sairaanhoitopiirin sosiaali- ja terveysalan opinnäytetöiden suunnitelmien ohjeistus- ja tutkimuslupakäytäntöjen mukaisesti. Tutkimuksessa arvioitiin yhteensä kuutta arvioitavaa. Tutkimuksen käytännön osuus toteutettiin kuuden viikon aikana.

Arvioitavia varten laadittiin erillinen tutkimussuostumuslomake, joka on nähtävissä liitteenä 2. Tutkimussuostumuslomakkeen avulla pyrittiin varmistamaan arvioitavien tietoisuus tutkimuksen sisällöstä. Lisäksi tutkittaville kerrottiin, ettei työn tarkoituksena ole käsitellä arvioitavia vaan tuottaa tietoa ASTA-arviointimenetelmän käytettävyyteen liittyvistä seikoista.

Arvioitavat olivat psykiatrisia vanhuspotilaita. Heidän sairauksiensa mukanaan tuomat ongelmat saattavat muodostaa tiettyjä haasteita haastatellen kerätyn tiedon realistisuuteen ja luotettavuuteen. Arvioitavien iäkkyyden sekä erilaisten psyykkisten sairauksien aiheuttamat ongelmat heidän kognitiivisissa kyvyissään ja todellisuuden hahmottamisessa jättävät arvioitsijalle suuren vastuun arvioinnin tulosten kirjaamisessa. Tästä syystä jokainen arvioitava haluttiin arvioida ensin haastatellen, jotta nähtäisiin, millaiseksi he kokevat oman toimintakykynsä sekä avuntarpeensa. Tämän jälkeen arvioitavat arvioitiin havainnoimalla sekä haastatteleamalla heidän omaisinaan/arjessaan mukana olevia henkilöjä. Näin pyrittiin varmistamaan toimintakyvyn todellinen taso. Haastattelun ja havainnoinnin sekä omaishaastattelujen lisäksi tutustuttiin arvioitavien aiempaan sairashistoriaan käymällä läpi aiempien sairaalajaksojen yhteenvetoja ja loppulausuntoja. Arviointien päätteeksi keskusteltiin arvioitavien omahoitajien kanssa, joissa käytiin läpi arvioinnissa esiin nousseita asioita.

Vanhuspsykiatrian poliklinikalta valikoituneet arvioitavat olivat kaikki olleet aiemmin osastolla hoidossa, mutta siirtyneet jatkohoitoon poliklinikan puolelle. Poliklinikan arvioitavien osalta arvioinnit aloitettiin kotikäynnillä heidän omahoitajansa kanssa. Käyntien yhteydessä arvioitaville esiteltiin tutkija ja mikä hänen roolinsa on ja mistä arvioinneissa on kyse. Käynnin lopuksi jokaisen arvioitavan kanssa sovittiin uusi aika, jolloin suoritettaisiin ASTA- arviointi haastatellen.

Yksi haastattelu neljästä toteutui ainoastaan arvioitavan omaishoitajana toimivaa puolisoa haastatteleamalla, sillä arvioitava itse ei kyennyt arviointitilanteessa vastaamaan adekvaatisti arvioinnin kysymyksiin. Haastattelujen jälkeen tulokset koottiin

yhteen ja suoritettiin havainnointit. Osaston arvioitavien (2 henkilöä) arvioinnit suoritettiin sairaala- ja kotiympäristössä. Poliklinikan arvioitavien arvioinnit suoritettiin heidän kotiympäristössään, joka on ASTAn käyttäjän käsikirjassa suositeltavin toteutusympäristö. Havainnointien lisäksi haastateltiin arvioitavien omaisia/ arjessa mukana olevia henkilöjä, jotta jokaisesta arvioitavasta osa-alueesta saataisiin riittävästi tietoa, jota vertailla arvioitavan omaan arvioon avuntarpeestaan.

### **8.3 Tutkittavien kuvaus**

Arvioitavien keski-ikä oli 74 vuotta, vanhin heistä oli 83-vuotias ja nuorin 68-vuotias. Heistä 5 oli naisia ja yksi mies. Arvioitavista potilaista poliklinikkapotilaat (4 henkilöä) valikoituivat hoitajien suositusten perusteella ja osastopotilaat (2 henkilöä) tutkijan huomioiden pohjalta. Arvioitavien valintaan ei asetettu mitään erityisiä kriteerejä, kuten esimerkiksi tiettyä diagnoosia.

### **8.4 Aineiston kuvaus**

Tämän tutkimuksen aineistona on ASTA-arviointimenetelmän lomakkeiston avulla haastatellen ja havainnoiden sekä arvioitavien omaisia/arjessa mukana olevia henkilöjä haastatellen kerätty tieto arvioitavien avuntarpeesta. Lomakkeistossa avuntarpeen laatua arvioidaan kunkin toiminnon osalta kirjaimilla A-H, jossa H on alhaisin suoriutumisen taso. Kirjainta X käytetään, mikäli kyseistä toimintoa ei voida arvioida. ASTA-lomakkeiston arviointiasteikko on Likert-asteikko. Likert -asteikkoa käytettäessä esitetään väite ja 3–7 -portainen vastausasteikko, josta vastaaja/arvioitsija valitsee mielipiteensä väitteestä. Tässä tutkimuksessa tulosten kokoamisen sekä tulkinnan ja analysoinnin helpottamiseksi on asteikko muutettu kirjaimista numeroihin, jolloin alhaisinta suoriutumisen tasoa kuvaa numero 8 ja parhainta numero 1. Asteikko on esitetty taulukossa 2.

Kirjain	Numero	Kuvaus
A-B	1-2	Arvioitava suoriutuu toiminnasta itsenäisesti/tydyttävästi itsenäisesti
C-D	3-4	Arvioitava tarvitsee hieman/paljon sanallista ohjausta/muistutusta
E-F	5-6	Arvioitava tarvitsee hieman/paljon fyysistä avustusta
G	7	Arvioitava tarvitsee hieman sanallista ohjausta sekä fyysistä apua
H	8	Arvioitava tarvitsee runsasta sanallista ohjausta sekä fyysistä apua / on täysin avustettava

Taulukko 2 Arviointiasteikot

## 8.5 Aineiston analyysi

Opinnäytetyön tutkimusaineistoa analysoitiin sekä laadullisesti, että määrällisesti. Laadullisen analyysin toteutuksessa voidaan käyttää monia erilaisia menetelmiä, jonka vuoksi laadullinen tutkimus voikin kytkeytyä moniin tieteenfilosofian suuntauksiin. Laadullisista analyysimenetelmistä osa liittyy vahvasti tietynlaiseen analysoinnin tapaan, kun taas osa menetelmistä ohjaa väljempiin aineiston käsittelytapoihin. Laadullisten menetelmien yhdistävänä piirteenä korostuu kohteen tarkoitukseen ja merkityksiin, esiintymisympäristöön ja taustaan sekä ilmaisuun ja kieleen liittyvät näkökulmat. (Kajaanin AMK, N.D.)

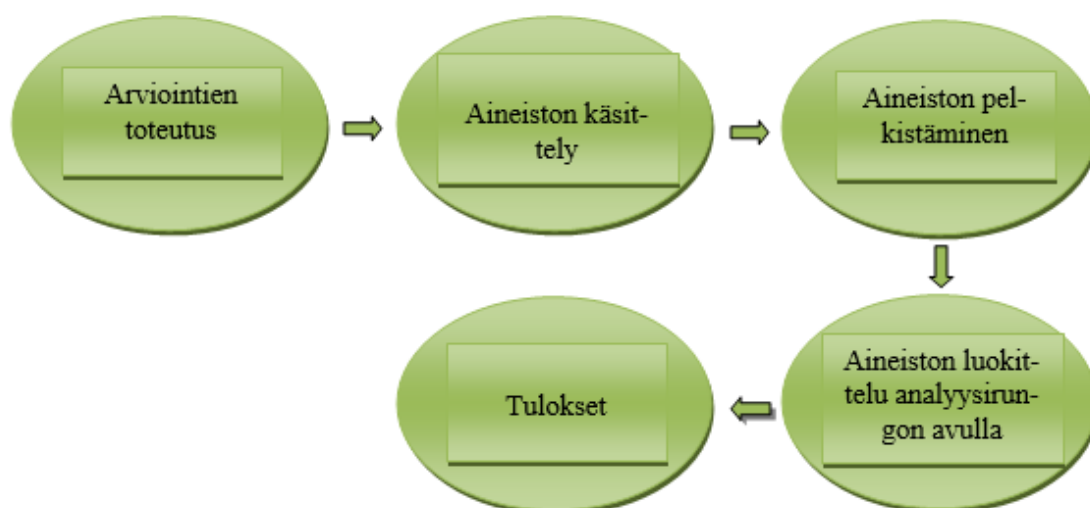
Tässä tutkimuksessa laadullista aineistoa analysoitiin teoriasidonnaisen analyysin avulla. Teoriasidonnaisella analyysillä tarkoitetaan teoria- ja aineistolähtöisen tutkimuksen välimaastossa olevaa teoriasidonnaista tutkimusta, jossa aineiston analyysi ei perustu suoraan teoriaan, mutta kytkennät siihen ovat havaittavissa. Tällaisessa tapauksessa aineiston tueksi etsitään teoriasta vahvistuksia tai selityksiä. Aineiston teoriasidonnaista lähestymistapaa voidaan myös kutsua abduktiiviseksi päättelyksi. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 99.)

Määrällisellä analyysillä voidaan pyrkiä selvittämään esimerkiksi erilaisten ilmiöiden yhteyksiä, yleisyyttä ja esiintymistä numeroiden ja tilastojen avulla sekä kuvata syy-



seuraussuhteita. Määrällinen analyysi aloitetaan tyypillisesti tilastollisella kuvaavalla analyysillä. Tutkimuksesta riippuen analyysissä voidaan edetä riippuvuussuhteiden, yhteisvaihtelun tai aikasarjojen analysointiin tai vaihtoehtoisesti pyritään tekemään erilaisia luokitteluja. (Vilkka, 2014, 119- 120.)

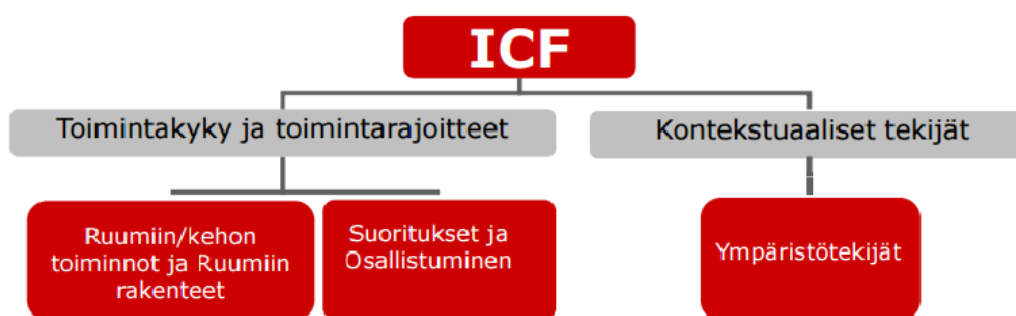
Jotta saatiin vastattua ensimmäiseen tutkimuskysymykseen millaista tietoa ASTA arviointimenetelmä antaa avuntarpeesta kotiutusprossiin liittyen moniammatillisen työryhmän päätöksenteon tueksi, analysoitiin arvioinneista saatua tietoa laadullisesti, teoriasidonnaisen analyysin avulla. Analyysi aloitettiin muodostamalla Kuviossa 1 näkyvä aineiston analyysiprosessi.



**Kuvio 1** Aineiston analyysiprosessin kuvaus

Analyysiprosessi aloitettiin aineiston keruulla, joka toteutettiin kuutta arvioitavaa havainnoimalla ja omaisia haastatteleamalla. Aineistoa käsiteltiin muodostamalla kustakin arvioitavasta saadun aineiston avulla profiilitaulukot ASTA-arvioinnin eri osa-alueista, jotka myös toimivat analyysin pohjana. Profiilitaulukoiden avulla saatiin luokiteltua aineistoa siten, että nähtiin mihin neljästä ASTAn osa-alueesta kunkin arvioitavan avuntarve painottui. Osa-alueet on kuvattu Taulukossa 1 sivulla 21.

Seuraava vaihe analyysiprosessissa oli aineiston pelkistäminen, jotta aineistosta saatiin eroteltua kotiutusprosessin osalta olennaiset tiedot. Pelkistämisen jälkeen aineisto luokiteltiin Kuviossa 2 näkyvän analyysirungon luokkien mukaisesti. Luokittelun avulla aineistoa saatiin peilattua analyysirunkona toimivaan ICF-luokitukseen. ICF-luokituksen koodit ja linkitys ASTA-arviointimenetelmään on esitelty Liitteessä 1. ICF-luokituksen ja pelkistetyn aineiston avulla analysoitiin millaista tietoa ASTA-arvioinnilla saatiin tuotettua koskien ensimmäistä tutkimuskysymystä.



Kuvio 2 Analyysirunko (THL, N.D.)

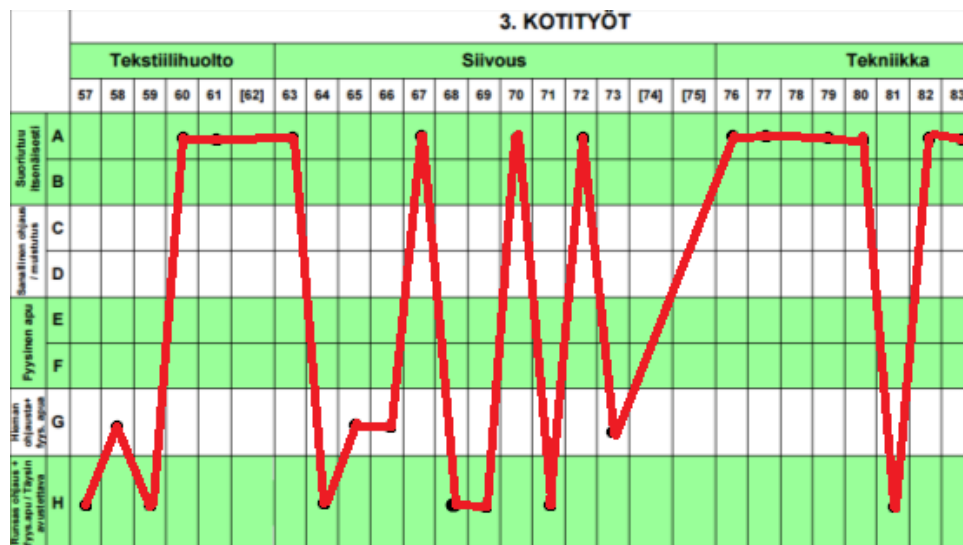
Toista tutkimuskysymystä, tuottaako havainnoiden sekä haastatellen tehdyt arvioinnit erilaista tietoa, koskien analysoitiin määrällisen analyysimenetelmän avulla haastatellen sekä havainnoiden ja arvioitavien omaisia/arjessa mukana olevia henkilöjä haastatellen kerättyjen aineistojen eroja.

Analysointi aloitettiin muokkaamalla arviointiasteikon kirjaimet numeroiksi (Taulukko 2, s. 27), jossa numero 1 kuvaa parhainta suoriutumisen tasoa ja numero 8 taas alhaisinta suoriutumisen tasoa. Näin tulokset saatiin paremmin toimiviksi analyysia varten. Muokkauksen jälkeen laskettiin jokaisesta ASTA-arviointimenetelmän osa-alueesta keski-arvot, joiden pohjalta muodostettiin pylväsdiagrammit (Kuvio 5 & 6, s. 33). Arviointiasteikon muokkaus toteutettiin, jotta saatiin muodostettua pylväsdiagrammit taulukko-ohjelman avulla. Diagrammien muodostuksen jälkeen verrattiin diagrammeja keskenään. Diagrammien pylväät kuvaavat aina tietyn arvioitavan suoriutumisen tason keskiarvoa kunkin ASTA-arvioinnin osa-alueen kohdalla.

## 9 Tulokset

Seuraavaksi esitellään yhden arvioitavan kautta käytännön esimerkin avulla, millaista tietoa havainnoiden ja arvioitavan omaisia/arjessa mukana olevia henkilöjä haastellen suoritettujen ASTA-arviointien kautta on saatu tuotettua.

Esimerkiksi yhden arvioitavan arvioinnin tuloksista kävi ilmi, että arvioitavalla oli usealla kotitöiden osa-alueen toimintojen kohdalla runsaan ohjauksen sekä fyysisen avun tarve. Arvioinnin pohjalta muodostetun profiilitaulukon (Kuvio 3) avulla pystyttiin osoittamaan avuntarpeen painottuminen kotitöiden osa-alueelle. Kuvion 4 nähdään ASTA-arvioinnin kotitöiden osa-alueen arvioitavat toiminnot. Kuvion 4 punaisella värillä kehystetyt toiminnot linkittyvät ICF-luokituksen koodeihin. ICF-linkitykset on kuvattu tarkemmin liitteessä 1.



Kuvio 3 Profiilitaulukko

**a. Tekstiilihuolto**

57. Pyykin peseminen (pulveri, ohjelma/lämpötila, värin ja materiaalin mukaan) (d640/d6403)

58. Pyykin kuivaaminen (narulla, telineellä tai kuivausrummussa) (d640/d6403)

59. Silittäminen (d6403)

60. Vaatteiden/tekstiilien viikkaaminen (d640)

61. Vaatteiden/tekstiilien lajittelu paikoilleen

**c. Tekniikka (käyttöohjeiden tunteminen, asianmukainen käyttö ja huollon järjestäminen)**

76. TV:n ja digiboksin käyttö (avaaminen / sulkeminen, kanavien vaihto)

77. Radion käyttö (avaaminen / sulkeminen, kanavien vaihto)

78. Tietokoneen käyttö (perustoimintojen hallinta)

79. Puhelimen käyttö (perustoimintojen hallinta)

80. Apuvälineiden käyttö (osittain d6504)

81. Lämpöpattereiden käyttö (sopiva huonelämpötila)

82. Ovien avaaminen / sulkeminen (lukon käyttö)

83. Ikkunoiden avaaminen / sulkeminen

**b. Siivous (osittain d6401, d6402, d6403)**

63. Sängyn petaaminen

64. Lakanoiden vaihto

65. Astioiden pesu (käsini/koneella, koneen käyttö)

66. Pölyjen pyyhkiminen ja pintojen kuivaus (mm. tiskaamisen jälkeen)

67. Tavaroiden järjestely ja paikalleen vienti

68. Imurointi (imurin käyttö, myös huonekalujen alustat)

69. Lattianpesu (aineiden oikea valinta, sekoitussuhde)

70. Roskat (poisvienti, lajittelu) (d6405)

71. WC-tilan siivous (käsienspesuallas, wc-istuin, peilit)

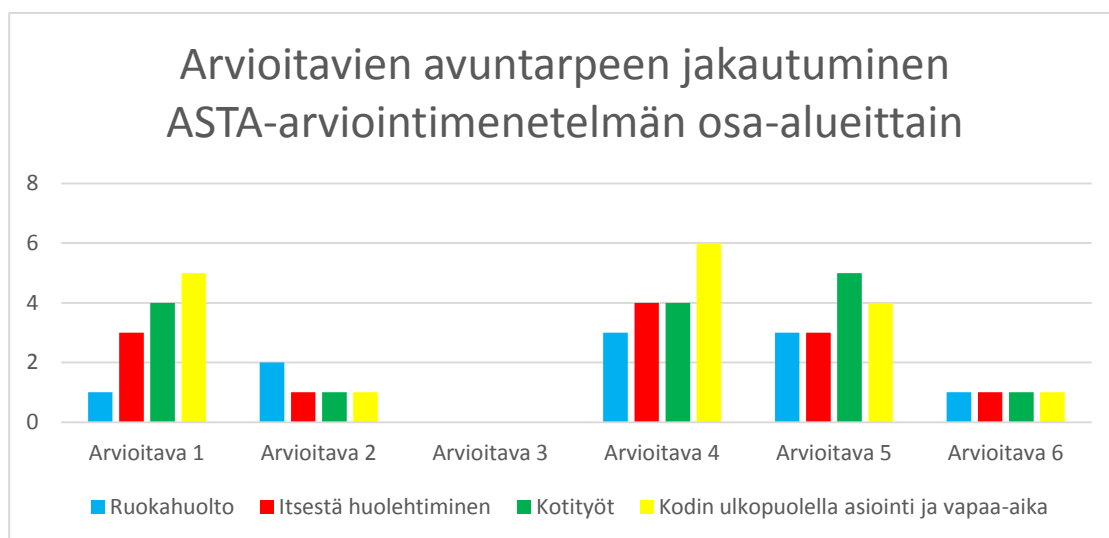
72. Kaappien siisteys

73. Omien jälkien siivoaminen (tahrat ym.)

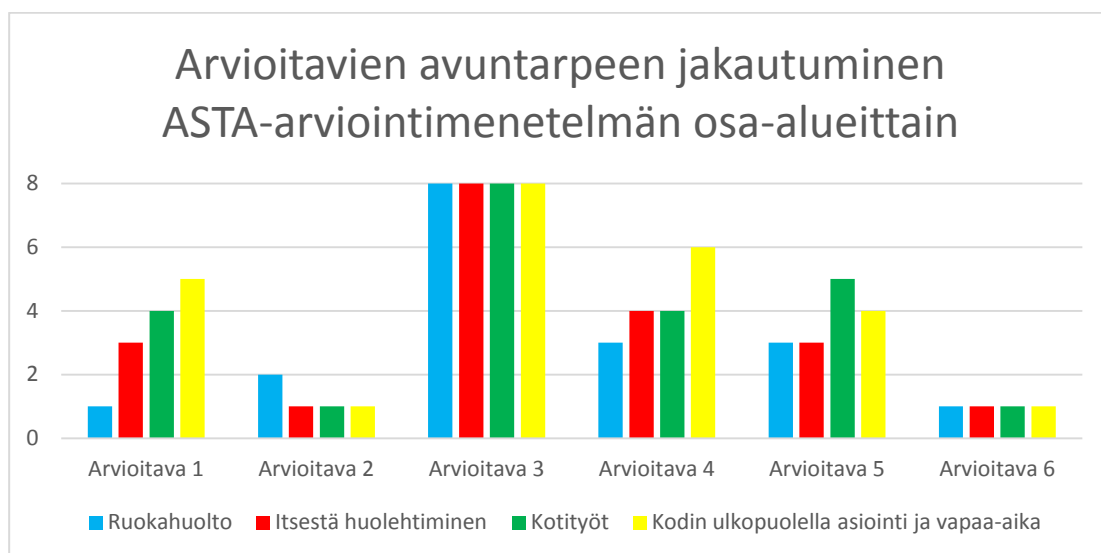
**Kuvio 4 Osa-alueen arvioitavat toiminnot**

Havainnoinnin kautta ilmeni myös avuntarpeen taustalla olevia syitä, kuten esimerkiksi arvioitavan fyysisten resurssien vaikutus toiminnoista suoriutumiseen. Näin ollen havainnoiden ja arvioitavan omaisia/arjessa mukana olevia henkilöjä haastatellen suoritettujen arviointien avulla saatiin tuotettua tietoa arvioitavien avuntarpeen laadusta ja sen taustalla olevista syistä, avuntarpeen painottumisesta sekä arvioitavien kotiympäristön vaikutuksista toiminnoista suoriutumiseen. Myös kolmesta muusta ASTA-arviointimenetelmän osa-alueesta muodostettiin profiilitaulukot.

Arvioinneista koostetut taulukot (Kuvio 5 & 6) sisältävät ASTA-arvioinnin eri osa-alueiden tulosten keskiarvot. Taulukoiden tarkoituksena ei ole kuvata tarkasti kunkin arvioitavan avuntarvetta vaan havainnollistaa avuntarpeen painottumista ASTAn eri osa-alueille ja kuvata millaisia eroja haastatellen ja havainnoiden tehtyjen arviointien tuottamissa tiedoissa on.



Kuvio 5 Arvioitavien avuntarpeen jakautuminen asiakasta haastatteleamalla tehdyn ASTA-arviointimenetelmän osa-alueittain. Arvioitava 3 ei arvioitavissa haastatellen.



Kuvio 6 Arvioitavien avuntarpeen jakautuminen havainnoinnin ja omaishaastatteluiden avulla tehdyn ASTA-arviointimenetelmän osa-alueittain

Taulukoiden asteikoista ei voida vetää suoria johtopäätöksiä arvioitavan avuntarpeesta kullakin ASTAn osa-alueella, sillä arvot kuvaavat keskiarvoja, eivätkä näin ollen huomioi avuntarpeentason vaihteluja osa-alueiden eri toimintojen välillä. Arvioitava voi esimerkiksi ruokahuollon osa-alueella selviytyä syömiseen ja keittiön laitteisiin sekä välineisiin liittyvistä tehtävistä suurimmaksi osaksi itsenäisesti, mutta tarvita kuitenkin ruoanlaittoon liittyvissä tehtävissä runsaasti avustusta. Tällöin edellä maini-

tun osa-alueen avuntarpeen keskiarvo saattaa jäädä asteikolla 1-2 tasolle, joka tarkoittaa arvioitavan itsenäistä suoriutumista kyseisellä osa-alueella, vaikkei hän todellisuudessa selviydykään kaikista kyseisen osa-alueen tehtävistä itsenäisesti.

Haastatellen kerätyn tiedon perusteella (Kuvio 5) arvioitava 1:n ja 4:n avuntarve painottui kodin ulkopuolella liikkumiseen ja vapaa-ajan viettoon, arvioitava 3 ei kyennyt vastaamaan haastattelukysymyksiin ollenkaan itse, arvioitava 2:lla ja 6:lla jokaisen osa-alueen avuntarve oli samalla tasolla ja arvioitava 5:lla suurin avuntarve painottui yhtä paljon kodin ulkopuolella liikkumisen-, vapaa-ajan vieton sekä kotitöiden osa-alueisiin.

Havainnoiden ja omaisia haastatellen tehtyjen arviointien (Kuvio 6) tuottamien tietojen perusteella arvioitavien avuntarpeen painottuminen osa-alueittain pysyi muutoin samana, lukuun ottamatta arvioitava 5:sta, jonka kohdalla kotitöiden osa-alueen avuntarve nousi kodin ulkopuolella liikkumisen ja vapaa-ajan vieton osa-alueen ohitse. Havainnoiden ja omaisia haastatellen tehtyjen arviointien (Kuvio 6) ja arvioitavia haastatellen (Kuvio 5) tehtyjen arviointien tulokset poikkesivat toisistaan neljän arvioitavan kohdalla. Arvioitava 3:lle ei voitu suorittaa haastattelua lainkaan, koska hän ei kyennyt vastaamaan asianmukaisesti esitettyihin haastattelukysymyksiin. Hänen kohdallaan arviointi kyettiin suorittamaan ainoastaan havainnoiden sekä omaista haastatteleamalla. Muiden edellä mainittujen arvioitavien avuntarve lisääntyi vähintään yhdellä osa-alueella haastatellen tehtyjen arviointien tuloksia verrattaessa havainnoiden ja omaisia haastatellen toteutettujen arviointien tuottamiin tuloksiin. Näin ollen voidaan todeta arvioitavien arvioineen omaa avuntarvettaan haastattelutilanteissa ainakin joiltain osin vähäisemmäksi kuin se todellisuudessa havainnointien ja omaisten/arvioitavan arjessa mukana olevien henkilöjen mukaan olikaan. Taulukossa 3 on koottuna havainnoiden ja arvioitavien omaisia/arjessa mukana olevia haastatellen toteutettujen arviointien sekä haastatellen toteutettujen arviointien keskiarvojen erot esiteltynä yhteenvetona.

Arvioitava 1	Muutos
Ruokahuolto	Ei eroa havainnoiden tai haastellen toteutetun arvioinnin tulosten keskiarvoissa
Itsestä huolehtiminen	Ei eroa havainnoiden tai haastellen toteutetun arvioinnin tulosten keskiarvoissa
Kotityöt	Arvioitava arvioi suoriutumisensa paremmaksi kuin havainnoiden arvioimalla kävi ilmi
Kodin ulkopuolella asiointi ja vapaa-aika	Ei eroa havainnoiden tai haastellen toteutetun arvioinnin tulosten keskiarvoissa
Arvioitava 2	Muutos
Ruokahuolto	Arvioitava arvioi suoriutumisensa paremmaksi kuin havainnoiden arvioimalla kävi ilmi
Itsestä huolehtiminen	Ei eroa havainnoiden tai haastellen toteutetun arvioinnin tulosten keskiarvoissa
Kotityöt	Ei eroa havainnoiden tai haastellen toteutetun arvioinnin tulosten keskiarvoissa
Kodin ulkopuolella asiointi ja vapaa-aika	Ei eroa havainnoiden tai haastellen toteutetun arvioinnin tulosten keskiarvoissa
Arvioitava 3	Muutos
Ruokahuolto	Arvioitava ei kyennyt vastaamaan haastattelukysymyksiin, joten arviointi suoritettiin ainoastaan potilasta havainnoiden sekä arvioitavan puolisoa haastellen
Itsestä huolehtiminen	
Kotityöt	
Kodin ulkopuolella asiointi ja vapaa-aika	
Arvioitava 4	Muutos
Ruokahuolto	Arvioitava arvioi suoriutumisensa paremmaksi kuin havainnoiden arvioimalla kävi ilmi
Itsestä huolehtiminen	Arvioitava arvioi suoriutumisensa paremmaksi kuin havainnoiden arvioimalla kävi ilmi
Kotityöt	Arvioitava arvioi suoriutumisensa paremmaksi kuin havainnoiden arvioimalla kävi ilmi
Kodin ulkopuolella asiointi ja vapaa-aika	Ei eroa havainnoiden tai haastellen toteutetun arvioinnin tulosten keskiarvoissa
Arvioitava 5	Muutos
Ruokahuolto	Arvioitava arvioi suoriutumisensa paremmaksi kuin havainnoiden arvioimalla kävi ilmi
Itsestä huolehtiminen	Ei eroa havainnoiden tai haastellen toteutetun arvioinnin tulosten keskiarvoissa
Kotityöt	Arvioitava arvioi suoriutumisensa paremmaksi kuin havainnoiden arvioimalla kävi ilmi
Kodin ulkopuolella asiointi ja vapaa-aika	Ei eroa havainnoiden tai haastellen toteutetun arvioinnin tulosten keskiarvoissa
Arvioitava 6	Muutos
Ruokahuolto	Ei eroa havainnoiden tai haastellen toteutetun arvioinnin tulosten keskiarvoissa
Itsestä huolehtiminen	
Kotityöt	
Kodin ulkopuolella asiointi ja vapaa-aika	

Taulukko 3 Avuntarpeen jakautumisen vertailu

## 10 Johtopäätökset

ASTA-arviointien tuloksia tulkittaessa kävi ilmi, että arvioitavat arvioivat joillakin osaluilla oman avuntarpeensa vähäisemmäksi haastatellen suoritettujen ASTA-arviointien perusteella kuin havainnoiden sekä omaisia/arvioitavan arjessa mukana olevia henkilöjä haastatteleamalla tehtyjen arvioiden perusteella. Kyseiseen tulokseen voi vaikuttaa monet eri tekijät, kuten esimerkiksi arvioitavan sairaudesta johtuva sairauden tunnottomuus, jonka vuoksi hän ei kykene arvioimaan omaa avuntarvettaan riittävän realistisesti. Yleisesti ottaen ihmiset saattavat pyrkiä vastaamaan itsearviointiin perustuviin arviointeihin sosiaalisesti suotuisalla tavalla, joka saattaa vaikuttaa tulosten luotettavuuteen. Haastatellen tehtyjen ASTA-arviointien tulokset heijastavat aina arvioitavan asenteita, arvoja ja ymmärrystä asiasta, minkä vuoksi arvioitsijan on osattava huomioida edelle mainitut seikat tuloksia tarkasteltaessa. (Fields, 2013)

Kristina Tomra Nielsen ja Eva Ejlersen Wæhrensinkin tekemä tutkimus Occupational therapy evaluation: use of self-report and/or observation 2015 osoittaa, että itsearviointiin ja havainnointiin perustuvat arvioinnit, antavat joissain määrin samankaltaista tietoa ADL-toiminnoista suoriutumisen laadusta. Tutkimuksen tulokset kuitenkin myös osoittivat, että itsearviointiin ja havainnointiin perustuvat arvioinnit tuottivat yksittäisten osallistujien ADL-kyvyistä osaksi myös erilaisia tietoja. Löydökset antavat näyttöä siitä, että toimintaterapeutit ovat käyttäneet viitekehystä, joka olettaa terapeutin arvioivan asiakkaitaan käyttäen arviointimenetelmiä, jotka perustuvat sekä itsearviointiin että havainnointiin. (Tomra Nielsen & Ejlersen Wæhrens, 2015, 13–23). Tutkimuksen tulokset ovat osittain linjassa tämän opinnäytetyön tulosten kanssa. Myös tämän opinnäytetyön havainnoiden sekä haastatellen suoritettujen arviointien tuottamien tietojen vertailun pohjalta saadut tulokset puoltavat ajatusta siitä, että ADL-toimintoja arvioitaessa on hyvä käyttää molempia arviointitapoja. Näin arviointi on luotettavampaa.



ASTA-arviointimenetelmä on standardoimaton, strukturoitu arviointimenetelmä ja se perustuu ICF-luokitukseen, joka osaltaan lisää ASTAn luotettavuutta. Koska ASTA ei ole standardoitu arviointimenetelmä, tulee sen käyttöönottoa harkittaessa sekä sitä käytettäessä kiinnittää erityisesti huomiota arvioitsijan havainnointitaitoihin. Arviointimenetelmän standardoiminen vaatii paljon tutkimustyötä ja arviointimenetelmän validiteetti- ja reliabiliteettitutkimuksista tulee olla tieteellistä näyttöä. (Asher, 2007, 10- 14.) ASTA-arviointimenetelmän suoritettujen toimintojen standardoitujen ohjeistusten puutos vaikuttaa siihen, ettei eri arvioitsijoiden saamia tuloksia pystytä suoraan vertailemaan. Lisäksi se vaikuttaa heikentävästi tulosten pysyvyyteen ja sitä kautta arviointimenetelmän luotettavuuteen.

Havainnoiden ja arvioitavan omaisia/arjessa mukana olevia henkilöjä haastatellen suoritettujen ASTA-arviointien avulla saatiin tuotettua tietoa arvioitavien avuntarpeen laadusta ja sen taustalla olevista syistä, avuntarpeen painottumisesta sekä arviointavien kotiympäristön vaikutuksista toiminnoista suoriutumiseen. Myös Zidénin, Frändinin & Kreuterin mukaan toimintaterapian ja kuntoutuksen vaikuttavuudesta ihmisen kotiympäristössä on tieteellistä näyttöä ja näin ollen perinteisen gerontologisen arvioinnin lähestymistapaa tulisikin muuttaa ja suunnata arviointia yhä enemmän arvioitavan omaan ympäristöön ja siellä tapahtuviin toimintoihin. Tämä osaltaan vahvistaa toimintaterapian ydinajatusta siitä, että ympäristön ja toiminnan suhde on vuorovaikutteinen ja voi vaikuttaa ihmisen toimintakykyyn niin edistävästi kuin heikentävästikin. (Zidén ym. 2008, 1019–1033.)

## **11 Yhteenveto ja pohdinta**

Opinnäytetyön tarkoituksena oli vertailla tapaustutkimuksena haastatellen sekä havainnoiden suoritettujen ASTA-arviointien tuottamia tietoja. Tarkoituksena oli myös arvioida millaista tietoa ASTAn avulla voidaan tuottaa kotiutusprossiin liittyen moniammatillisen työryhmän päätöksenteon tueksi.

Haastatellen ja havainnoiden sekä arvioitavien omaisia/arjessa mukana olevia henkilöjä haastatellen suoritettujen ASTA-arviointien tuottamat tiedot erosivat toisistaan. Arviointien tuloksia tulkittaessa kävi ilmi, että arvioitavat arvioivat ainakin osittain oman avuntarpeensa vähäisemmäksi, kuin mitä havainnoiden ja omaisia/arvioitavan arjessa mukana olevia henkilöitä haastatellen tehdyt arvioinnit osoittivat.

Havainnoiden ja arvioitavan omaisia/arjessa mukana olevia henkilöjä haastatellen suoritettujen ASTA-arviointien avulla saatiin tuotettua tietoa arvioitavien avuntarpeen laadusta ja sen taustalla olevista syistä, avuntarpeen painottumisesta sekä arviointien kotiympäristön vaikutuksista toiminnoista suoriutumiseen.

Kotiympäristössä toimittaessa, saatiin arvokasta tietoa ympäristön vaikutuksista arvioitavan suoriutumiseen eri toiminnoista. Esimerkiksi erilaisten turvalaitteiden sekä apuvälineiden olemassaolo tai niiden puuttuminen voi vaikuttaa arvioitavan suoriutumiseen merkittävästi. Arviointien tuloksissa huomioitiin myös arvioitavien omaisten/arjessa mukana olevien henkilöiden kertomia seikkoja.

Arviointeja suoritettaessa havainnoiden, tulee suhtautua kriittisesti arvioitsijan havainnointitaitoihin. Esimerkiksi toimintaterapeutilla on erilaiset lähtökohdat ja koulutustausta suorittaa havainnointi ja tulkita sen tuottamia tietoja, kuin esimerkiksi sairaanhoitajalla. Erityisesti ASTAn kaltaisen arviointimenetelmän kanssa, josta ei ole vielä tehty virallisia reliabiliteetti ja valideetti tutkimuksia, arvioijan havainnointitaidot ovat erityisen suuressa roolissa.

Havainnoiden sekä arvioitavien omaisia/arjessa mukana olevia henkilöjä haastatellen suoritettujen ASTA-arviointien avulla saatua tietoa voitaisiin mahdollisesti myös hyödyntää heidän omaistensa/arjessa mukana olevien henkilöiden ohjauksessa. Tätä kautta saataisiin tuotua toimintaterapeutista näkökulmaa mukaan arvioitavien päivittäisiin askareisiin, joissa he tarvitsevat tukea/apua. Rissasen, Kallanrannan sekä Suikkasen teoksessa tulee myös ilmi omaisten/arjessa mukana olevien henkilöiden

opastuksen ja tukemisen suunnittelun merkitys. Läkkään arvioitavan toimintakyvyn huonoa kehitystä voivat lisäävät muun muassa seuraavanlaiset seikat: perheenjäsenen ylihuolehtivuus, elinympäristön haasteettomuus, apuvälineiden sopimattomuus, omien kykyjen yli- tai aliarvostus, kodin rakenteelliset esteet ja muut vastaavat tekijät. Jos edellä mainittuihin asioihin ei kiinnitetä riittävää huomiota, on uhkana tällöin passivoituminen ja olemassa olevien voimavarojen käyttämättömyys. Tällaisissa tilanteissa kuntoutuksen tulisi keskittyä opetukseen, perhe-rohkaisuun ja virheiden korjaamiseen. (Rissanen ym. 2008, 557- 562.)

Oman näkemykseni mukaan ASTAn reliabiliteettiin ja validiteettiin vaikuttaa heikentävästi se, että havainnoiden tehtävää arviointia varten ei ole kehitetty yhtenäisiä ohjeita havainnoitavien osa-alueiden suorittamiseksi, vaan jokaisen arvioitsijan on itse määriteltävä havainnoitavien toimintojen tehtävät parhaaksi näkemällään tavalla, joka heikentää tulosten pysyvyyttä.

Jäin kaipaamaan ASTAan osa-aluetta, joka olisi huomionut arvioitavien sosiaalisen ympäristön paremmin. Sosiaalisen ulottuvuuden puitteissa tulisi arvioida onko arvioitavalla riittävästi positiivisia sosiaalisia suhteita, omaako hän riittävät sosiaaliset taidot ja kykeneekö hän vuorovaikutukseen muiden kanssa. (Pikkarainen ym. 2013.)

Opinnäytetyön käytännön osuutta tehdessäni sain paljon arvokasta kokemuksesta ASTA-arvioinnin toteuttamisesta ja sitä kautta kattavasti tietoa kyseisestä arviointimenetelmästä ja sen käytettävyydestä. Opinnäytetyön kirjallista osuutta tehdessäni sain uutta tietoa tutkimusprosessin etenemisestä sen eri vaiheiden kautta. Lisäksi opin, kuinka saan tehokkaammin ja tarkemmin etsittyä tietoa eri lähteistä sekä kiinnittämään huomiota kriittisemmin käyttämiini lähteisiin. Näin pystyn varmistamaan tietojen luotettavuuden. Kaiken kaikkiaan opinnäytetyöprosessi on ollut antoisa ja antanut minulle paljon uutta tietoa ja valmiudet hyödyntää ASTAa mahdollisesti vielä jatkossakin asiakkaideni arviointiin.

### **11.1 Eettisyys ja luotettavuus**

Opinnäytetyön käytännönsuutta toteutettaessa arvioitaville esiteltiin henkilökoh-  
teisesti arvioinnin sisältö ja tarkoitus. Opinnäytetyössä toteutettuihin haastatteluihin  
sekä havainnointeihin saatiin jokaiselta arvioitavalta suullinen sekä kirjallinen suos-  
tumus. Kirjallinen suostumuslomake on liitteenä 2. Arvioinnissa kerättyjä henkilötie-  
toja sekä vastauksia muotoiltiin niin, ettei arvioitavan henkilöllisyyttä voida tunnis-  
taa. Arviointien tulosten luotettavuuden arvioinnissa tulee huomioida arvioitsijan  
sekä arvioitavien olleen tiiviissä hoitosuhteessa, jonka aikana arvoinnit suoritettiin.

ASTA-arviointimenetelmän käyttöä harkitessaan arvioijan on oltava hyvin kriittinen  
ASTAn tuottamien tietojen suhteen menetelmän reliabiliteetti ja validiteetti tutki-  
musten puutteen vuoksi. ASTAa käytettäessä arvioijan on hyvä huomioida, että AS-  
TAa voidaan ja myös suositellaan täydennettäväksi arviointimenetelmillä, joista on  
tehty viralliset reliabiliteetti ja validiteetti tutkimukset.

### **11.2 Jatkokehitys**

Jatkossa voitaisiin tutkia ASTA-arvioinnin soveltuvuutta tuottaa tietoa arvioitavan  
toimintakyvyn vaihtelevuudesta. Vaihtelevuutta tutkittaessa on arviointiin varattava  
pidempi aikaväli, jonka aikana arviointia suoritetaan. Esimerkiksi arvioitavia, joiden  
sairauden luonne pitää sisällään pahenemisvaiheita, voitaisiin arvioida ASTA-  
arvioinnin avulla ja näin pyrkiä selvittämään pahenemisvaiheiden vaikutuksia arvioi-  
tavan toimintakykyyn/avuntarpeeseen.

## Lähteet

- Arpomaa, A. & Koskinen, S. 2002. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Viitattu 8.3.2015 <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/b3.pdf>
- Asher I E. (toim.) 2007. Occupational Therapy Assessment Tools. An Annotated Index. 3. painos. Bethesda: AOTA. Viitattu 17.12.2014
- ASP Asumispalvelusäätiö. 2010. ASTA- asumisen toimintojen arviointilomakeisto. Helsinki. Viitattu 17.12.2014 [http://www.aspasaatio.fi/sites/default/files/ASTA-kayttajan\\_kasikirja\\_1.10.pdf](http://www.aspasaatio.fi/sites/default/files/ASTA-kayttajan_kasikirja_1.10.pdf)
- BJP British journal of psychiatry. 2003. Evaluation of a community-based rehabilitation model for chronic schizophrenia in rural India Viitattu 8.3.2015 <http://bjp.rcpsych.org/content/bjprcpsych/182/1/57.full.pdf>
- Corrada, MM. Brookmeyer, R. Paganini-Hill, A. Berlau, D. & Kawas, CH. 2009. Dementia incidence continues to increase with age in the oldest old; the 90+ study. Viitattu 14.12.2014 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3385995/pdf/nihms382712.pdf>
- Duodecim. 2010. Käypähoito-suositukset. Muistisairaudet. Viitattu 1.12.2014. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50044?hakusana=muistisairaus#s9>
- Einset, E. & Krook, P. 2013. Kotikuntoutus – Kuntoutusta kotiympäristössä. Opinnäytetyö. Viitattu 20.8.2015 [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/66874/Einset\\_Elise\\_Krook\\_Pinja.pdf?sequence=1](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/66874/Einset_Elise_Krook_Pinja.pdf?sequence=1)
- Einset, E. & Krook, P. 2014. Kuntoutusportti. Uusi toimintamalli tuo kuntoutuksen kotiin. Viitattu 26.9.2015 <http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/ajankohtaista/teema?bid=1310>
- Finlex. 1989. Erikoissairaanhoitolaki. Viitattu 17.12.2014 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>.
- Jyväskylän Yliopisto. N.D. Tapaustutkimus. Viitattu 11.9.2015. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/tapaustutkimus>
- Kajaanin AMK. N.D. Opinnäytetyöpakki. Laadullisen aineiston analyysi ja tulkinta. Viitattu 9.11.2015. <http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Laadullisen-analyysi-ja-tulkinta>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteissä. Porvoo. WSOY. Viitattu 29.9.2015

Kaste-hanke. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. Viitattu 17.12.2014.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3683.pdf&title=Sosiaali ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008 2011 fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3683.pdf&title=Sosiaali+ja+terveydenhuollon+kansallinen+kehittamisohjelma+KASTE+2008+2011+fi.pdf)

Kela. 2015. Kansallinen koodistopalvelu. Viitattu 28.9.2015  
<http://91.202.112.142/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml?classificationKey=1743&versionKey=1963>

Kielhofner, G. 2002. A model of human occupation: theory and applications. Philadelphia. Wilkins & Wilkins. Viitattu 28.9.2015

Kivelä, S-L. 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 24.8.2015

Kolehmainen, N. 2004. Toimintaterapeutin tieto ja kliininen päättely. Toimintaterapeutti 3/2004. Viitattu 2.2.2015

Kuntaliitto. 2010. Tuetun kotona kuntoutumisen malli ikäihmisille. Viitattu 12.9.2015.  
[http://koskeverkko.fi/wp-content/uploads/2014/01/Tuetun-kotona-kuntoutumisen-malli\\_jkl270410.pdf](http://koskeverkko.fi/wp-content/uploads/2014/01/Tuetun-kotona-kuntoutumisen-malli_jkl270410.pdf)

Laine, K. 2014. Toimintakyvyn arviointi. THL Terveiden ja Hyvinvoinninlaitos. Viitattu 17.12.2014. <http://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/palvelujen-ja-jaestamisprosessi/palvelutarpeen-selvittaminen/toimintakyvyn-arviointi>

Law, M. Baum, C. & Dunn, W. 2005. Measuring Occupational Performance. Supporting Best Practice in Occupational Therapy. 2. painos. Thorafore. Viitattu 17.12.2014.

Leinonen, E. & Alanen, H-M. 2011. Psykiatrasta hoitoa tarvitsevia vanhuksia on enemmän kuin mihin on varauduttu. Lääketieteen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 5.4.2015. <http://www.duodecim.fi>

Lönnqvist, J. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen, M. & Partonen, T. 2008. Psykiatria. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy. Viitattu 15.1.2015

Mäkitalo, J. 2000. Psykiatrinen terveysterveyspalveluorganisaatio. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Helsinki. WSOY. Viitattu 17.12.2014

Fields, M. OK-opintokeskus. 2013. Itsearviointi toimivaksi. Viitattu 22.9.2015  
<http://ok-opintokeskus.fi/j%C3%A4rjest%C3%B6arviointi/itsearviointi-toimivaksi>

Piikki, S. 2010. Toimintamahdollisuuksien arvioinnin nykykäytännöt Suomessa nuorten mielenterveystyössä. Pro-gradu tutkielma. Viitattu 28.9.2015  
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/25466/URN%3ANBN%3Afi%3Aju-201010082970.pdf?sequence=1>

Pikkarainen, A. Vaara, M. & Salmelainen U. 2013. Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen. Helsinki. Kelan tutkimusosasto. Viitattu 19.12.2014

Pikkarainen, A. 2013. Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja. Osa 1. Viitattu 28.9.2015  
[https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64864/JAMKJULKAISUJA1592013\\_web.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64864/JAMKJULKAISUJA1592013_web.pdf?sequence=1)

Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Helsinki. Tammi. Viitattu 12.2.2014

Rissanen, P. Kallanranta, T. & Suikkanen, A. 2008. Kuntoutus. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy. Viitattu 15.2.2015

Satshp. Satakunnan sairaanhoitopiiri. 2014. Vanhuuspsykiatrian osasto 61. Viitattu 12.2.2015. <http://www.satshp.fi/toimipaikat/psykiatrian-erikoisalat/psykiatria/Sivut/vanhuuspsykiatrian-osasto-61.aspx>

Schouws, SNTM. Comijs, HC. Stek, ML. Dekker, J. Oostervink, F. Naarding, P. Velde, I. & Beekman, ATF. 2009. Cognitive impairment in early and late bipolar disorder. American Journal of Geriatric Psychiatry. Viitattu 17.12.2014  
[http://www.researchgate.net/publication/24445392\\_Cognitive\\_Impairment\\_in\\_Early\\_and\\_Late\\_Bipolar\\_Disorder](http://www.researchgate.net/publication/24445392_Cognitive_Impairment_in_Early_and_Late_Bipolar_Disorder)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Terveys 2015–hanke. Viitattu 17.12.2014  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=42733&name=DLFE-6215.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6215.pdf)

THL Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. ICF: Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Tampere. Suomen Yliopistopaino Oy. Viitattu 14.9.2015.

THL Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. N.D. ICF-luokituksen rakenne. Viitattu 4.11.2015. <https://www.thl.fi/documents/974257/1449823/ICF-luokituksen-rakenne.pdf/05d1680e-9f07-484c-82f0-814e9d0ffe90>

TOIwiki. 2012. Arviointimenetelmän valinta. Viitattu 29.9.2015.

[http://toiwiki.purot.net/arviointimenetelman\\_valinta](http://toiwiki.purot.net/arviointimenetelman_valinta)

Tomra Nielsen, K. & Ejlersen Wæhrens, E. 2015. Occupational therapy evaluation: use of self-report and/or observation. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 22/2015. Viitattu 15.4.2015.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Tammi. Viitattu 30.10.2015

Verner. Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. 2014. Ikääntymisen määrittely. Viitattu 12.3.2015. <http://verneri.net/yleis/ikaantymisen-maarittely>

Viljanen, M. 2010. Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. Viitattu 25.11.2014. <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/884/ikaantyminen-alkoholi-ja-laakkeet>.

Vilkka, H. 2014. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki. Tammi. Viitattu 9.11.2015. <http://hanna.vilkka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>

Zidén, L. Frändin, K. & Kreuter, M. 2008. Home rehabilitation after hip fracture. Clinical Rehabilitation. Viitattu 15.5.2015  
<http://cre.sagepub.com/content/22/12/1019.long>



ASTA-arvioinnin toiminnot	Vastaava ICF-toimintakykyluokituksen koodi	Koodin kuvaus
<b>Ruokahuolto</b>		
Ruoan syöminen (pilkkominen, suuhun vienti)	d550	Juoma-astian ottaminen ja siitä kiinni pitäminen, juoman vieminen suuhun ja sen nauttiminen kulttuurisesti hyväksyttävillä tavoilla sekoittamalla ja kaatamalla juomat, avaamalla pullot ja kannut, juomalla pillin läpi tai juomalla juoksevaa vettä hanasta tai lähteestä, rintaruokinta
Juominen (kaataminen, suuhun vienti)	d560	Juoma-astian ottaminen ja siitä kiinni pitäminen, juoman vieminen suuhun ja sen nauttiminen kulttuurisesti hyväksyttävillä tavoilla sekoittamalla ja kaatamalla juomat, avaamalla pullot ja kannut, juomalla pillin läpi tai juomalla juoksevaa vettä hanasta tai lähteestä, rintaruokinta.
Tunnistaa ja pyrkii huolehtimaan monipuolisesta ruokavaliosta	d5701	Itsestä huolehtiminen tiedostamalla, että on tarpeen valita ja käyttää ravitsevaa ruokaa sekä ylläpitää fyysistä kuntoa ja että myös huolehtii näistä
Pienien aterioiden valmistus, kuten välipalat	d6300	Sellaisen aterian järjestäminen, valmistaminen ja tarjoileminen, johon tarvitaan vain vähän valmistusaineita ja jonka valmistus- ja tarjoilumenetelmät ovat yksinkertaisia, kuten välipala tai pienen aterian valmistaminen ja ruoka-aineiden muuttaminen toisenlaisiksi leikkaamalla, sekoittamalla, keittämällä tai lämmittämällä, kuten riisi ja perunat.
Suurien aterioiden valmistus, kuten lounas	d6301	Sellaisen aterian suunnitteleminen, järjestäminen, valmistaminen ja tarjoileminen, johon tarvitaan lukuisia ruoka-aineita, ja jonka valmistus- ja tarjoilumenetelmät ovat monimutkaisia tai moniosaisia, kuten usean ruokalajin aterian suunnitteleminen, ja ruoka-aineiden muuttaminen toisenlaisiksi kuorimalla, viipaloimalla, sekoittamalla, vaivaamalla ja hämmentämällä, sekä aterian esille asettaminen ja tarjoileminen tilanteeseen ja kulttuuriin sopivalla tavalla
Valmistusohjeiden ja pakkausselosteiden ymmärtäminen sekä noudattaminen	d325	Kirjoituksella (mukaan lukien Braille-pistekirjoitus) välitettyjen viestien suorien ja epäsuorien merkitysten ymmärtäminen, kuten poliittisista tapahtumista kirjoitettujen sanomalehtitekstien ymmärtäminen tai uskonnollisten kirjoitusten ymmärtäminen.
Lieden ja uunin (oikea levy, oikea lämpötila) mikroaaltouunin, kahvinkeitin ja vedenkeitin käyttö	d6403	Erilaisten kotitalouskoneiden käyttäminen, kuten pesukone, kuivaaja, silitysrauta, pölyimuri ja astianpesukone
<b>Itsestä huolehtiminen</b>		

Vaatteiden pukeminen	d5400	Koordinoitujen tehtävien suorittaminen kehon eri osien vaatettamiseksi, kuten vaatteiden pukeminen pään, käsivarsien ja hartioiden yli sekä ylä- ja alavartalon pukeminen, käsineiden ja päähineen pukeminen
Kenkien ja sukkien pukeminen	d5402	Koordinoitujen tehtävien suorittaminen sukkien ja jalkineiden päälle pukemiseksi
Vaatteiden riisuminen	d5401	Koordinoitujen tehtävien suorittaminen vaatteiden riisumiseksi eri osista kehoa kuten vaatteiden riisuminen pään yli, käsivarsilta ja hartioilta sekä vaatteiden riisuminen ylä- ja alavartalolta, käsineiden ja päähineiden riisuminen
Kenkien ja sukkien riisuminen	d5403	Koordinoitujen tehtävien suorittaminen sukkien ja jalkineiden riisumiseksi
Vaatteiden valinta (säähän ja tilanteeseen sopivat sekä niiden esille otto)	d5404	Pukeutuminen noudattaen oman yhteisön tai kulttuurin sisäisiä tai ulkoisia pukeutumissääntöjä ja -käytäntöjä sekä pukeutuminen ilmastoon sopivalla tavalla
Vartalon ja hiusten pesu	d5101	Koko kehon peseminen, kuten kylpeminen tai suihkussa käyminen käyttäen vettä, saippuaa tai muita aineita
Käsien pesu (wc-käynneillä kotiin tullessa) Kasvojen pesu Alapesu	d5100	Kehon osien, kuten käsien, kasvojen, jalkojen, hiusten tai kynsien, peseminen käyttäen vettä, saippuaa ja muita aineita
Pestyn alueen huolellinen kuivaaminen	d5102	Kehon tai kehon osien kuivaaminen, kuten peseytymisen jälkeen käyttäen pyyhettä tai muita kuivaamisen keinoja
Hampaiden hoitaminen (harjaus ym.)	d5201	Hampaiden puhtaudesta huolehtiminen, kuten hampaiden harjaus, hammasvälien puhdistus sekä tekohampaiden ja ortoosien hoito
Ihon hoitaminen (rasvaus, haavojen hoito)	d5200	Ihon kudoksista ja kosteudesta huolehtiminen, kuten kovettumien ja känsien poisto, ihovoiteiden tai kosmetiikan käyttäminen
Hiusten kampaaminen, hoito ja muotoilu Parran ajaminen ja karvojen poisto	d5202	Hiusten ja kasvojen karvoituksesta huolehtiminen, kuten kampaaminen, muotoilu, ajaminen ja siistiminen
Kynsien hoito ja leikkaaminen (varpaat ja sormet)	d5203 d5204	Sormenkynsien puhdistaminen, leikkaaminen tai siistiminen Varpaankynsien puhdistaminen leikkaaminen tai siistiminen

Virtsan pidättäminen	d5300	Virtsaamistapahtuman koordinoiminen ja hoitaminen, kuten virtsaamistarpeen tunnistaminen, sopivaan asentoon pääseminen, tarkoituksenmukaisen virtsaamispaikan valitseminen ja sinne pääseminen, vaatteiden käsitteleminen ennen ja jälkeen virtsaamisen sekä siistiytyminen virtsaamisen jälkeen
Ulosteen pidättäminen	d5301	Ulostamistapahtuman koordinoiminen ja hoitaminen, kuten ulostamistarpeen tunnistaminen, sopivaan asentoon pääseminen, tarkoituksenmukaisen ulostamispaikan valitseminen ja sinne pääseminen, vaatteiden käsitteleminen ennen ja jälkeen ulostamisen sekä siistiytyminen ulostamisen jälkeen
Kuukautisista huolehtiminen	d5302	Kuukautisista huolehtiminen, huolenpidon suunnittelu ja koordinoiminen, kuten kuukautisten alkamisen ennakoiminen ja kuukautissuojien käyttäminen
Tunnistaa terveydentilansa ja osaa pyytää/hankkia apua	d5702	Itsestä huolehtiminen tiedostamalla, että on tarpeen huolehtia omasta terveydestä ja että myös toimii sen vaatimalla tavalla reagoiden terveysriskeihin sekä ennaltaehkäisten huonokuntoisuutta, kuten hakemalla apua (ammatti- tai maallikko-apua), lääketieteellisten ja muiden terveysohjeiden noudattaminen, terveysriskien välttäminen, kuten fyysiset vammat, tartuntataudit, päihteiden ja huumeiden käyttö sekä sukupuolitaudit
<b>Kotityöt</b>		
Pyykin peseminen (pulveri, ohjelma/lämpötila, värin ja materiaalin mukaan)	d6400	Vaatteiden ja asusteiden peseminen käsin ja nostaminen kuivumaan
Pyykin kuivaaminen (narulla, telineellä tai kuivausrummussa) Silittäminen	d6403	Erilaisten kotitalouskoneiden käyttäminen, kuten pesukone, kuivaaja, silitysrauta, pölyimuri ja astianpesukone
Vaatteiden / tekstiilien viikkaaminen	d640	Kotitalouden hoitaminen siivoamalla asuntoa, pesemällä pyykkiä, käyttämällä kotitalouskoneita, säilyttämällä ruokaa ja hävittämällä jätteet, kuten tasojen, seinien sekä muiden pintojen pyyhkiminen, luuttuaminen ja peseminen, talousroskien kerääminen ja poisvieminen, huoneiden, kaappien ja laatikoiden siistiminen, pyykin kerääminen, peseminen, kuivaaminen, viikkaaminen ja silittäminen, jalkineiden siistiminen, luutien, harjojen ja pölyimureiden käyttäminen, pyykinpesukoneiden, kuivaajien ja silitysrautojen käyttäminen

<p>Astioiden pesu (käsin/koneella, koneen käyttö)</p> <p>Pölyjen pyyhkiminen ja pintojen kuivaus (mm. tiskaamisen jälkeen)</p> <p>Tavaroiden järjestely ja paikoilleen vienti</p> <p>Imurointi (imurin käyttö, myös huonekalujen alustat)</p> <p>Lattianpesu (aineiden oikea valinta ja sekoitussuhde)</p> <p>WC-tilan siivous (käsienpesuallas, wc-istuin, peilit)</p> <p>Kaappien siisteys</p> <p>Omien jälkien siivoaminen (tahrat ym.)</p>	<p>d6401, osittain d6402, osittain d6403, osittain</p>	<p>Keittämisen jälkeinen siivoaminen, kuten astioiden, patojen ja pannujen ja keittovälineiden tiskaaminen sekä pöydän ja lattian siivoaminen keitto- ja ruokailualueelta</p> <p>Kotitalouden ja asunnon siivoaminen siistimällä ja pölyttämällä, pyyhkimällä tai luuttuamalla lattiat, pesemällä ikkunat ja seinät, puhdistamalla kylpyhuoneet ja vessat sekä puhdistamalla huonekalut</p> <p>Erilaisten kotitalouskoneiden käyttäminen, kuten pesukone, kuivaaja, silitysrauta, pölyimuri ja astianpesukone</p>
<p>Roskat (poisvienti, lajittelu)</p>	<p>d6405</p>	<p>Kotitalousjätteiden, kuten roskien ja jätteiden, hävittäminen, valmistaminen hävitettäväksi, jäteastioiden käyttäminen, jätteiden polttaminen</p>
<p>Apuvälineiden käyttö</p>	<p>d6504, osittain</p>	<p>Apuvälineiden korjaaminen ja huoltaminen, kuten proteesit, ortoosit, kotitaloudesta ja itsestä huolehtimisen erityisvälineet ja apuvälineet, liikkumisen apuvälineiden kunnossapitäminen ja korjaaminen, kuten kävelykepit, kävelytuki, pyörätuoli ja skootteri, ja kommunikaation ja vapaa-ajan apuvälineiden kunnossapitäminen</p>

(Kela, 2015)

## Tutkimussuostumuslomake

Hei!

Olen toimintaterapeuttiopiskelija Jyväskylän ammattikorkeakoulusta.

Teen opinnäytetyötä Harjavallan sairaalaan ja aiheenani on Psykogeriatrisen hoidon piirissä olevien ikääntyneiden avuntarpeen arviointi ASTA-arviointimenetelmällä.

Pyydän teiltä kirjallista suostumusta arviointiin ja lupaa käyttää siitä saatua aineistoa opinnäytetyössäni. Haastattelu ja havainnointi- arviointeja teen, jotta pystyn aineiston avulla arvioimaan siinä käytetyn ASTA- lomakkeiston soveltuvuutta avuntarpeen arviointiin kotiutusprosessiin liittyvissä kysymyksissä sekä vertaamaan kahden eri arviontitavan tuottamien tietojen eroja. Arviointeihin osallistuvien henkilöllisyyttä ei tuoda julki missään vaiheessa, eikä vastauksista pysty päättämään asiakkaan henkilöllisyyttä.

Opinnäytetyöntekijä:

Iida Lehtonen

### Suostumus

Allekirjoittamalla tämän suostumuksen annan suostumuksen vastausteni käyttöön toimintaterapian opinnäytetyössä.

---

Allekirjoitus ja päivämäärä

---

Nimenselvennys



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU  
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES